



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA



NÚCLEO DE SAÚDE – NUSAU

MESTRADO PROFISSIONAL ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**BARREIRAS À PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO ENTRE
MULHERES ACOMPANHADAS POR UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE PORTO VELHO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DAIANA EVANGELISTA RODRIGUES

PORTO VELHO – 2014

**BARREIRAS À PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO ENTRE
MULHERES ACOMPANHADAS POR UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE PORTO VELHO**

DAIANA EVANGELISTA RODRIGUES

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa Mestrado Profissional Ensino em
Ciências da Saúde, Núcleo de Saúde,
Universidade Federal de Rondônia, como
requisito à obtenção do título de Mestre.

ORIENTADORA: Dr^a KÁTIA FERNANDA ALVES MOREIRA

PORTO VELHO

2014

FICHA CATALOGRÁFICA
BIBLIOTECA PROF. ROBERTO DUARTE PIRES
DAIANA EVANGELISTA RODRIGUES
BARREIRAS À PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO ENTRE MULHERES
ACOMPANHADAS POR UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

R6961b

Rodrigues, Daiana Evagelista

Barreira á Prevenção do Câncer de colo do útero entre mulheres acompanhadas por uma equipe de saúde da família no município de Porto Velho.

64f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde.)
Universidade Federal de Rondônia.

Orientadora: Dra. Katia Fernanda Alves Moreira.

1. Câncer do colo 2. Prevenção 3. Mulheres I. Moreira, Katia Fernandes Alves
II. Título.

CDU: 618.14-006

Bibliotecária Responsável: Ozelina Saldanha CRB11/947



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



ATA BANCA DE DEFESA

Mestrando/a: DAIANA EVANGELISTA RODRIGUES
Orientador/a: Dr^a KÁTIA FERNANDA ALVES MOREIRA

Título do trabalho: BARREIRAS À PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO
ENTRE MULHERES ACOMPANHADAS POR UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
NO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

DATA: 07/04/2014 HORA INÍCIO: 19h HORA TÉRMINO: 20h e 30min.
Local: Auditório da UNIR/CENTRO

BANCA

MEMBRO	Local de trabalho	Programa
Kátia Fernanda Alves Moreira	UNIR	MPECS
Soraya Nedeff de Paula	UNIR	EXTERNA
Paulo Renato Vitória Calheiros	UNIR	MPECS

Resultado: (X) aprovado () reprovado

Assinam: (03 vias)

Presidente

Candidato/a

Coordenação

À minha filha Giovana e ao meu esposo
Romeu Júnior, pela compreensão e apoio
quando estive ausente. É por vocês que busco
crescimento pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

À minha amiga e orientadora Dr^a Kátia Fernanda Alves Moreira, pela dedicação irrestrita, compromisso, direcionamento do trabalho, constante incentivo, contribuição imensurável, não somente científica, mas também humana, sabendo esperar e cobrar na medida certa.

À coordenação, bem como, todo corpo docente do Programa Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde, pela oportunidade e por todos os conhecimentos compartilhados.

Aos meus auxiliares de pesquisa, que tanto contribuíram com a realização deste estudo.

Ao meu pai, pelo incentivo e carinho.

À minha mãe, Luzia e a minha sogra, Socorro, que permitiram que eu pudesse me dedicar às atividades do Mestrado, assumindo os cuidados da minha filha. Ao meu sogro Romeu (*in memoriam*), por ajudar minha sogra nos cuidados quando era necessário.

Ao meu esposo Romeu Júnior, por toda dedicação, carinho, incentivo e compreensão.

À minha filha Giovana, por me mostrar todos os dias que a vida é maravilhosa e que vale a pena buscar a realização dos nossos sonhos.

RESUMO

O câncer do colo do útero é uma das neoplasias malignas mais frequentes em mulheres de todo o mundo, sendo considerado um importante problema de saúde pública. A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é o fator de risco mais comum. O rastreamento de lesões precursoras ou do próprio câncer de colo uterino é realizado através do teste de Papanicolaou. Apesar do incremento que vem sendo observado nos últimos anos na cobertura do exame, verifica-se que seu oferecimento ainda acontece de maneira pontual às mulheres que procuram a unidade de saúde. Esta pesquisa foi realizada com o objetivo de estudar, de acordo com o Modelo de Crenças em Saúde, os fatores que podem estar envolvidos com a não adesão de mulheres às práticas preventivas do câncer do colo uterino, na área de cobertura da Equipe de Saúde da Família Embratel I, na unidade Meu Pedacinho de Chão do município de Porto Velho-RO. O modelo de crenças em saúde está relacionado às teorias sobre processo decisório e suas proposições afirmam que o comportamento depende de duas variáveis: o desejo de evitar a doença ou, no caso de já doente, de se curar; e a crença que um comportamento específico relativo à saúde prevenirá ou melhorará o estado do sujeito. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, no qual foram utilizados formulários com perguntas fechadas, cujas respostas traduzem características sociodemográficas, reprodutivas, fatores de risco para o câncer de colo uterino e parâmetros do modelo de crenças em saúde. Dentre os resultados, destaca-se: 87.77% das mulheres afirmaram já ter realizado exame de prevenção do CCU, enquanto 11.11% afirmaram nunca tê-lo realizado; 59.44% das mulheres acreditam que o exame serve para prevenir ou detectar o câncer de colo uterino, no entanto 40.56% não marcou em suas respostas esta opção; apenas 17.83% das mulheres afirmam utilizar preservativo nas relações sexuais; quanto à pontuação demonstrativa da percepção de suscetibilidade frente ao câncer de colo uterino, verificou-se que 74.47% das mulheres obtiveram pontuação baixa; quanto à gravidade da doença, 74.47% das mulheres apresentaram média percepção; 52.80% possuem média percepção dos benefícios obtidos com a realização do exame de prevenção do câncer de colo uterino; e 51.4% possuem média percepção de barreiras quanto a realização do mesmo exame. O processo envolvendo a prevenção do câncer de colo uterino precisa contar com a garantia de oferta dos serviços e profissionais qualificados de forma sistematizada. No entanto, a adoção do comportamento preventivo não depende somente de fatores externos, mas também de fatores subjetivos próprios às mulheres.

Palavras-Chave: Saúde da Mulher, Câncer de Colo do Útero, Prevenção Secundária.

ABSTRACT

Cervical Cancer is worldwide malignancies most frequent in women and is considered an important public health problem. Infection with human papillomavirus (HPV) is the most common risk factor. Precursor lesions or cervical cancer itself are situated through the Pap test. Despite the increase that has been observed in recent years in the coverage of the examination, it appears that their offering is still happening punctual to women seeking health unit. This research was conducted with the objective of studying, according to the Health Belief Model, the factors that may be involved with non-adherence to preventive practices in women's cervical cancer, in the coverage area of the Health Team family Embratel I, unit Meu Pedacinho de Chão, in the city of Porto Velho-RO unit. The health belief model is related to theories of decision making and its propositions assert that the behavior depends upon two variables: the desire to avoid illness or, if already ill, to heal, and the belief that a specific behavior concerning prevent or improve the health status of the individual. This is a quantitative, descriptive and cross-sectional study, in which forms were used with closed questions, whose answers reflect sociodemographic, reproductive, risk for cancer of the cervix and parameters of health belief model factors features. Through the results stands out: 87.77% of women said that they had been submitted to UCC prevention, while 11.11% said never have done it; 59.44% of women believe that the examination is to prevent or detect cervical cancer; However 40.56% did not score in their answers this option, only 17.83% of women declare to use condoms during sexual intercourse; as the demo score of perceived susceptibility against cervical cancer, it was found that 74.47% of women had low scores, as illness severity, 74.47% of women had an average perception; 52.80% have average perception of benefits are obtained with the examination for the prevention of cervical cancer, and 51.4% have an average perception of barriers as well as performing the same test. The process surrounding the prevention of cervical cancer needs to count on if the guarantee of supply of services and qualified professionals in a systematic way. However, the adoption of preventive behavior depends not only on external factors, but also subjective factors innate to women.

Key Words: Woman Health; Cervical Cancer; Secondary Prevention

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1: Nomenclaturas citopatológicas e histopatológicas utilizadas desde o início da realização do exame citológico para o diagnóstico das lesões cervicais escamosas e suas equivalências.	2
QUADRO 2: Quantitativo total de exames citopatológicos com amostras satisfatórias: 2008-2012, município de Porto Velho – RO.	5
QUADRO 3: Demonstrativo dos resultados alterados de exames citopatológicos: 2008-2012, município de Porto Velho – RO.	5
FIGURA 1: Modelo de crenças na saúde.	14
QUADRO 4: Definição e aplicação prática dos conceitos do modelo de crenças na saúde.	15
FIGURA 2: Demonstrativo das unidades de saúde da família, unidades de saúde tradicionais e áreas descobertas no Município de Porto Velho – RO em 2012.	20
QUADRO 5: Escala utilizada para determinação da intensidade de percepção quanto aos parâmetros do MCS.	29
TABELA 1: Ocupações referidas por mulheres acompanhadas pela EqSF Embratel no Município de Porto Velho, 2013.	31
TABELA 2: Periodicidade de realização do exame citopatológico cérvico-vaginal referida por mulheres acompanhadas pela EqSF Embratel, no Município de Porto Velho, 2013.	32
TABELA 3: Objetivo atribuído a realização do exame citopatológico do colo uterino por mulheres acompanhadas pela EqSF Embratel, no Município de Porto Velho, 2013.	33
TABELA 4: Método contraceptivo utilizado por mulheres acompanhadas pela EqSF Embratel, no Município de Porto Velho, 2013.	34

QUADRO 6: Demonstrativo da pontuação obtida com a “ <i>Champion’s health belief model scale</i> ” (CHBMS) aplicada às mulheres acompanhadas pela EqSF Embratel, Município de Porto Velho, 2013.	34
TABELA 5: Autovalores, percentual de variância por dimensão de associação e percentual acumulado para variáveis do MCS entre mulheres acompanhadas pela EqSF Embratel, no Município de Porto Velho – RO.	35
FIGURA 3: Mapa perceptual referente às correspondências entre as pontuações dos quatro parâmetros do MCS, por mulheres acompanhadas pela EqSF Embratel, no Município de Porto Velho – RO, 2013.	36
TABELA 6: Autovalores, percentual de variância por dimensão de associação e percentual acumulado para variáveis do MCS com outras variáveis entre mulheres acompanhadas pela EqSF Embratel, no Município de Porto Velho – RO.	37
FIGURA 4: Mapa perceptual referente às correspondências entre as pontuações do MCS e as variáveis renda, anos de estudo, uso de preservativo e realização anterior de citologia oncológica do colo uterino, por mulheres acompanhadas pela EqSF Embratel, no Município de Porto Velho – RO, 2013.	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica;

ACM – Análise de correspondência multivariada ou múltipla;

ACS – Agente Comunitário de Saúde;

APS – Atenção Primária em Saúde;

CAAE – Certificado de apresentação para apreciação ética;

CCU – Câncer de colo do útero;

CEP – Comitê de ética em pesquisa;

CHBMS – Champion's Health Belief Model;

CIPD – Conferência Internacional de População e Desenvolvimento;

CNS – Conselho Nacional de Saúde;

CPS – Comportamento preventivo de saúde;

DATASUS – Departamento de Informática do SUS;

DES – dietilestilbestrol;

DIU – Dispositivo intra-uterino;

DST – Doença sexualmente transmissível;

ESF – Estratégia de Saúde da Família;

EUA – Estados Unidos da América;

EqSF – Equipe de Saúde da Família;

HPV – Papiloma vírus humano;

HSIL – Lesão intraepitelial escamosa de alto grau;

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;

INCA – Instituto Nacional do Câncer;

LIE – Lesão intraepitelial;

LSIL – Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau;

MCS – Modelo de Crenças em Saúde;

NIC I – Neoplasia intraepitelial cervical grau I;

NIC II – Neoplasia intraepitelial cervical grau II;

NIC III – Neoplasia intraepitelial cervical grau III;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde;

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher;

PCCU – Programa de controle do câncer de colo do útero;

PSF – Programa de Saúde da Família;

SEMUSA – Secretaria Municipal de Saúde;

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica;

SISCOLO – Sistema de informações do câncer do colo do útero;

SUS – Sistema Único de Saúde;

TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido;

UNIR – Universidade Federal de Rondônia;

USF – Unidade de Saúde da Família;

WHO – World Health Organization.

SUMÁRIO

RESUMO	v
ABSTRACT	vi
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	vii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	ix
1.INTRODUÇÃO	1
1.1 Justificativa	7
1.2 Objetivo Geral	9
1.3. Objetivos Específicos	9
2. REVISÃO TEÓRICA	10
2.1 A Atenção à Saúde da Mulher e a Estratégia Saúde da Família	10
2.2 Comportamento Preventivo em Saúde, o Modelo de Crenças em Saúde e suas Influências na Prevenção do Câncer	11
2.3 O Comportamento Preventivo Quanto ao Câncer de Colo do Útero	16
3. METODOLOGIA	19
3.1 Caracterização da Pesquisa	19
3.2 Local do Estudo	19
3.3 População	21
3.4 Procedimento Amostral	21
3.5 Coleta de Dados	22
3.5.1 Variáveis Independentes	24

3.5.2 Variáveis Dependentes	27
3.6 Análises dos Dados	28
3.7 Aspectos Éticos	29
4. RESULTADOS	31
5. DISCUSSÃO	40
6. CONCLUSÕES	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
APÊNDICE A – FORMULÁRIO	53
APÊNDICE B – ESCALA DO MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE DE CHAMPION	58
APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	63
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	64
APÊNDICE E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO VELHO	65

1. INTRODUÇÃO

O Câncer do colo do útero, também conhecido como câncer cervical, trata-se da neoplasia, ou seja, crescimento desordenado de células malignas, que pode ocorrer tanto no epitélio escamoso (ectocérvice), quanto no epitélio glandular (endocérvice) do colo uterino. O colo uterino nada mais é que a parte do útero que se comunica com a vagina, localizando-se dentro do canal vaginal (BRASIL, 2013).

O câncer do colo do útero, é uma das neoplasias malignas mais frequentes em mulheres de todo o mundo (ROBERTO NETO, *et al.* 2001), em que mais de 288.000 mulheres das classes sociais menos favorecidas são afetadas e cerca de 90 % das mortes ocorrem nos países em desenvolvimento (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2011).

O Câncer do colo uterino é considerado um importante problema de saúde pública no Brasil, sendo um dos cânceres mais comuns na população feminina. Na região nordeste e centro-oeste é o segundo mais frequente, nas regiões sul e sudeste, o terceiro mais habitual e na região norte, configura um grande problema por ser o mais comum em mulheres, superando o câncer de mama. Trata-se de uma afecção progressiva, decorrente de sucessivas alterações intraepiteliais que passam por vários estágios, podendo chegar ao câncer invasor num período bastante variável (LEAL, *et al.* 2003).

A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é o fator de risco mais comum ao aparecimento do câncer cervicouterino. Este vírus está presente em mais de 95% dos casos de câncer do colo do útero e é, nos dias atuais, a doença sexualmente transmissível (DST) mais corriqueira (FRANCO, *et al.* 2001). Podendo-se ainda citar o início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, reprodução precoce, infecção por HIV, tabagismo, uso prolongado de contraceptivos orais, condição socioeconômica desfavorável e imunossupressão (BRASIL, 2006a), além de multiparidade, higiene íntima inadequada, história de infecções sexualmente transmissíveis, exposição ao dietilestilbestrol (DES) in útero, deficiências nutricionais e infecção cervical crônica (CORRÊA, *et al.* 2008), os quais são apresentados como co-fatores que promovem a persistência da infecção por HPV e do risco para as lesões precursoras e o carcinoma cervical (BRASIL, 2002b). As medidas preventivas são educação relacionada ao sexo seguro, cessação do tabagismo e exames preventivos regulares para todas as mulheres.

O estudo do câncer do colo do útero (CCU) em um país configura-se numa estratégia capaz de reduzir sua incidência pela identificação da doença ou das suas lesões precursoras através de exames clínicos e procedimentos rápidos de diagnóstico, reduzindo assim os óbitos deste tipo de câncer nas mulheres (WHO, 2006; BRASIL, 2006a).

Tal estudo recebe a denominação de rastreamento, que se configura na realização de um exame em mulheres pertencentes a uma população assintomática, consideradas vulneráveis, no intuito, de monitorar seu estado de saúde, identificando em tempo hábil lesões consideradas precursoras, ou mesmo, o próprio câncer no colo do útero (BRASIL, 2013).

O exame em questão é o teste de Papanicolaou. Este teste contribuiu para a redução das taxas de incidência do CCU nos países desenvolvidos, constituindo-se no principal método disponível para rastreamento de massa das lesões cervicais. Para a sua efetividade, o teste deve ser dirigido à detecção das lesões intra-epiteliais, tendo em vista que a maioria dos casos de CCU se desenvolve depois das alterações permanecerem por longo tempo no estágio pré-invasivo da doença (BOYLE, 2003). Abaixo apresentamos um quadro demonstrativo da nomenclatura utilizada para designar as lesões precursoras do CCU.

Quadro1: Nomenclaturas citopatológicas e histopatológicas utilizadas desde o início da realização do exame citológico para o diagnóstico das lesões cervicais escamosas e suas equivalências

Papanicolaou (1941)	OMS (1952)	Richart (1967)	Brasil (2006)
Classe I	-		Normal
Classe II	-		Alterações Benignas
-	-		Atipias de significado indeterminado*
Classe III	Displasia leve	NIC I	LSIL
	Displasia moderada	NIC II	HSIL
	Displasia acentuada	NIC III	HSIL
Classe IV	Carcinoma <i>in situ</i>	NIC III	HSIL Adenocarcinoma <i>in situ</i>
Classe V	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor

Continuação:

*Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas	Provavelmente não neoplásica
		Não se pode afastar lesão de alto grau
	Em células glandulares	Provavelmente não neoplásica
		Não se pode afastar lesão de alto grau
	De origem indefinida	Provavelmente não neoplásica
		Não se pode afastar lesão de alto grau

Fonte: BRASIL, 2013

É importante esclarecer que a sigla NIC significa neoplasia intraepitelial cervical.

A nomenclatura brasileira baseia-se no Sistema Bethesda que coloca a importância de diferenciar células escamosas e glandulares para diagnóstico. Além disso, este sistema também inclui o diagnóstico sugestivo de HPV devido evidências de envolvimento desse vírus no surgimento das lesões, dividindo-as em: LSIL, refere-se à lesão intraepitelial de baixo grau; e HSIL designa lesão intraepitelial de alto grau (INCA, 2012a).

No Brasil, o exame Papanicolaou foi inserido na rede pública de serviços há mais de duas décadas (PINOTTI; ZEFERINO, 1987), entretanto é oferecido às mulheres de forma pontual, quando comparecem à Unidade de Saúde.

Na década de 90 no país, foi implantada a investigação ao CCU, principalmente para as mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, sob a recomendação do Instituto Nacional do Câncer – INCA, em parceria com as Secretarias de Saúde, cujo objetivo era reduzir a mortalidade deste câncer, por meio das seguintes estratégias: assegurar o exame (Papanicolaou); propor o tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos; e acompanhar a qualidade do atendimento à mulher, em todas as suas etapas (BRASIL, 2002a).

A implementação do Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO – tem a finalidade de monitorar e sistematizar a obtenção de dados referentes à realização dos exames citopatológicos e histopatológicos. O sistema também fornece

elementos para o gerenciamento da qualidade dos laudos dos exames emitidos pelos laboratórios prestadores de serviços ao SUS (BRASIL, 2006b).

É bom frisar que quando se formula uma política de controle do câncer no município, a situação socioeconômica e as desigualdades existentes devem ser consideradas (GUERRA *et al.*, 2005), bem como o nível educacional das mulheres tido como um aspecto importante à incorporação de hábitos e comportamentos propícios à prevenção da doença, através do exame Papanicolaou (BRASIL, 2004).

Neste contexto verifica-se que medidas preventivas relacionadas aos hábitos de vida são de suma importância, tais como: parar de fumar, uso de preservativos em todas as relações sexuais, alimentação saudável, atividade física regular, além disso, configura-se como principal medida preventiva a realização periódica do exame de rastreamento do câncer de colo uterino, conhecido como Papanicolaou, citologia oncológica do colo uterino, ou simplesmente como preventivo do câncer de colo uterino (BRASIL, 2006a).

Como trata-se de um câncer com evolução lenta, a detecção precoce em seus estágios iniciais, resulta em redução dos casos de câncer invasor em até 90%. Além disso, pode-se reduzir em torno de 80% a mortalidade por este câncer, desde que seja garantida a necessária organização e qualidade do programa de rastreamento e seguimento das mulheres. No entanto, apesar do exame de rastreamento apresentar baixo-custo e ser de fácil realização, sua cobertura ainda é baixa na população brasileira (SOARES, *et al.* 2000).

Segundo dados apresentados pelo INCA (2012a), o Ministério da Saúde pactuou com os estados a razão de 0,3 para realização de exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos, de acordo com a população feminina nesta faixa etária. No entanto, para o Estado de Rondônia, a razão em 2010 foi de 0,2 e para o município de Porto Velho, no mesmo ano, foi de 0,14. Os valores pactuados para Rondônia e Porto Velho nesse período deve-se a cobertura que ambos vinham apresentando até o momento. Abaixo segue o quantitativo de exames realizados no município de Porto Velho nos últimos cinco anos (Quadro 2). Em seguida apresentamos o demonstrativo dos resultados obtidos com a realização de tais exames (Quadro 3).

Diante dessas questões acredita-se que o rastreamento do CCU precisa melhorar em nossa região. Por sua vez, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) deve facilitar a oferta e captar as mulheres para o exame (OLIVEIRA, *et al.* 2007) ainda que sua cobertura no município de Porto Velho não seja de 100%. É importante lembrar que o sucesso das medidas preventivas, bem como confirmação diagnóstica, tratamento e acompanhamento adequado à

mulher depende da política implementada e da existência de profissionais de saúde treinados e sensibilizados (WHO, 2002).

No entanto, ainda é necessário compreender quais fatores apresentados pelas mulheres podem estar influenciando de forma negativa a realização do exame. Com isso, este estudo pretende descobrir o grau de conhecimento das mulheres a respeito da prevenção do câncer de colo uterino e as barreiras para não realização do teste citopatológico cérvico-vaginal em uma determinada população do município de Porto Velho.

Quadro 2 – Quantitativo total de exames Citopatológicos com amostras satisfatórias: 2008-2012, município de Porto Velho – RO.

Ano	Total de Exames Coletados com Amostra Satisfatória
2008	20.061
2009	19.822
2010	19.193
2011	26.669
2012	27.044

Fonte: DATASUS (2013).

Quadro 3 – Demonstrativo dos Resultados Alterados de Exames Citopatológicos: 2008 – 2012, Município de Porto Velho-RO.

N	Resultado	Quantitativo anual				
		2008	2009	2010	2011	2012
1	Exames alterados	528	567	683	732	764
2	Escamosos indeterminadas não neoplásicas	108	99	186	106	66
3	Escamosos indeterminada alto grau	12	22	29	28	25
4	Glandulares indeterminadas não neoplásicas	19	09	18	33	14
5	Glandulares indeterminadas alto grau	06	02	13	21	10
6	Origem indefinida não neoplásica	01	01	01	02	02
7	Origem indefinida alto grau	03	-	02	02	-

8	LIE baixo grau	256	276	274	300	290
9	LIE alto grau	83	98	89	178	285
10	LIE micro invasão	17	18	32	43	42
11	Carcinoma Epidermóide invasor	29	43	48	24	35
12	Adenocarcinoma <i>in situ</i>	02	03	03	06	-
13	Adenocarcinoma invasor	01	01	-	04	02

Fonte: DATASUS (2013)

1.1 Justificativa

O câncer de colo uterino pode ser prevenido com a realização periódica de um exame citopatológico, de baixo custo e por apresentar uma lenta evolução a detecção precoce reduz drasticamente os casos de câncer invasor. No entanto, o INCA (BRASIL, 2013) apresenta dados mostrando que o Estado de Rondônia e o Município de Porto Velho ainda têm dificuldades em atingir as metas com relação a realização dos exames de rastreamento na população alvo.

Apesar de serem divulgadas informações a respeito da prevenção do CCU na mídia, das campanhas educativas realizadas sobre a importância do exame Papanicolaou e da ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família no município, os profissionais atuantes nessa estratégia têm enfrentado problemas no alcance de metas relacionadas a coleta deste exame, mesmo nas áreas cobertas. A explicação para tal fato é um anseio não somente dos profissionais, mas também dos gestores e pesquisadores da área saúde da mulher.

Considerando a baixa cobertura do exame citopatológico do colo uterino na população feminina no Brasil, no Estado de Rondônia e no Município de Porto Velho (INCA, 2012a), justifica-se a necessidade de estudos que busquem analisar os fatores e acontecimentos envolvidos na implementação do exame, bem como, no reconhecimento da sua importância pelas mulheres, identificando os pontos frágeis do processo e buscando conhecimento, que vislumbre medidas de enfrentamento para o quadro da cobertura do exame de Papanicolaou e conseqüentemente, do câncer de colo uterino no Brasil e especialmente em nossa região.

A importância desta pesquisa consiste em contribuir no campo da produção de conhecimento na área temática, visando discutir sobre a baixa adesão por parte das mulheres na realização dos exames de papanicolaou, principalmente em nossa região.

Além disso, esta pesquisa é impulsionada por um grande interesse de sua pesquisadora, que busca informações relevantes a respeito deste processo desde a iniciação científica na graduação. No entanto, suas pesquisas até então trabalhavam com laudos dos exames já realizados, não havia contato com a população feminina, não havia como definir fatores pessoais e particulares que influenciassem a prevenção do câncer de colo uterino, e com isso, tais pesquisas, não atendiam completamente seus anseios.

Entretanto, a principal motivação vem sem dúvida, justificada pelo fato de que o câncer de colo uterino é o quarto tipo de câncer que mais mata mulheres no Brasil. Apesar da redução na taxa de mortalidade, no período de 2005 a 2009, esta taxa foi de 6,6 (BRASIL, 2013), representando um índice ainda bastante importante e considerável.

O mais agravante é saber que a prevenção é possível, de baixo custo e a falta de acesso ou a simples não realização do exame, por diversos motivos que pretende-se desvendar, vem ceifando a vida de milhares de mulheres.

A despeito da abrangência e da suposta organização dos serviços de saúde para cumprir as ações programáticas preconizadas pelo Programa Viva Mulher, o CCU continua sendo prevalente em Porto Velho. Com a realização deste estudo, pretende-se discutir sobre esta problemática, esperando que possam ser revelados aspectos que contribuam para incentivar as mulheres a terem atitudes e práticas preventivas ao câncer de colo do útero, que é muito significativa para todas independente de sua classe social.

Acredita-se que descobrindo as barreiras ao processo, bem como, causas apresentadas pelas próprias mulheres para não realização do exame de prevenção, apesar de estudar uma população residente em área específica, pode-se contribuir para a melhoria da cobertura do exame citopatológico cérvico-vaginal no município de Porto Velho.

1.2 Objetivo Geral

Estudar, de acordo com o Modelo de Crenças em Saúde, os fatores que podem estar envolvidos com a não adesão de mulheres às práticas preventivas do câncer do colo uterino, na área de cobertura da EqSF Embratel I, na unidade Meu Pedacinho de Chão do município de Porto Velho-RO.

1.3 Objetivos Específicos

1. Identificar algumas características sociodemográficas e reprodutivas entre as mulheres estudadas;
2. Verificar a associação entre as características sociodemográficas, fatores de risco do câncer do colo uterino, com as variáveis do Modelo de Crenças em Saúde;
3. Analisar os obstáculos que impedem à realização do exame de prevenção do câncer de colo do útero entre as mulheres estudadas no âmbito da ESF.

2. REVISÃO TEÓRICA

2.1 A Atenção à Saúde da Mulher e a Estratégia Saúde da Família

O Ministério da Saúde implantou em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), visando além das ações básicas em saúde da mulher, atividades preventivas e de diagnóstico do câncer do colo do útero e mamário. A assistência integral às necessidades da população feminina enfatizava também o controle dos agravos mais prevalentes (hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose, hanseníase). Até o surgimento do PAISM, a atenção centrava-se no grupo materno infantil. (AMORIN; ANDRADE, 2006).

A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento – CIPD, realizada no Cairo em 1994, aprofundou a discussão sobre a saúde da mulher, a qual passou a ser conceituada saúde reprodutiva que indica “*todas as questões relacionadas ao sistema reprodutivo e suas funções e processos*” (BERQUÓ; CUNHA, 2000). São incluídas à atenção à saúde reprodutiva da mulher as DST's, a contracepção, o aborto, os cânceres de mama e de colo do útero, entre outros.

A partir da implantação do PAISM, da municipalização da saúde e da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1997, foi instituído pelo INCA o projeto "Viva Mulher", que se tratava de um projeto piloto, em apenas seis localidades brasileiras, para avaliar a baixa eficácia dos programas de prevenção existentes. A expansão nacional desse programa, em 1998, em todos os estados brasileiros, abrangeu 97,9% dos municípios. A criação do projeto Viva Mulher objetivou reduzir a taxa de mortalidade e os efeitos psíquicos e sociais que as neoplasias de colo de útero podem ocasionar às mulheres (BICALHO; ALEIXO, 2002).

Para atender de maneira integral a saúde da mulher e de toda população, o sistema de saúde deve ser regionalizado e hierarquizado, propiciando a utilização mais racional dos recursos disponíveis. As ações devem ter como base a atenção primária em saúde e ser organizado de uma forma que busque a resolutividade dos problemas de saúde individuais e coletivos (BRASIL, 2013).

Atenção primária em saúde (APS), no Brasil denominada de Atenção Básica (AB), refere-se ao nível que deve ser a porta de entrada para o sistema de saúde. É no âmbito da atenção primária que as necessidades serão descobertas e o usuário do serviço não será visto apenas por partes, sob o foco de especialidades e subespecialidades, propiciando dessa forma, que se vislumbre um leque de possibilidades de ações e reações (STARFIELD, 2002).

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica define a assistência à saúde da mulher como uma das áreas estratégias que operacionalizam a AB e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), colaborando para o aumento da oferta e do acesso das usuárias às práticas de rastreio do câncer de colo uterino (OLIVEIRA, *et al.* 2007), a qual é considerada um dos grandes desafios para se alcançar integralidade na assistência à saúde da mulher (BRASIL, 2006c).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi escolhida pelo Ministério da Saúde (MS), como uma estratégia capaz de reorientar o modelo assistencial, viabilizar o Sistema Único de Saúde, tendo a atenção básica como local importante para ações em saúde que aproxima a Equipe de Saúde das famílias (EqSF) da comunidade (COSTA; CARBONE, 2004). Estas equipes são multiprofissionais, atuando em territórios delimitados e com adscrição de famílias por equipe, para trabalharem com a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação e com os problemas mais frequentes da coletividade (O'HARA, *et al.* 2008). A aproximação das EqSF com as famílias é um fato que pode proporcionar maior sensibilização e compreensão das mulheres para a realização da citologia oncológica, enfatizando a conduta preventiva.

A ampliação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a principal ação do governo brasileiro para fortalecimento da APS no país. E pensando no câncer de colo uterino, é na ESF também, que são depositadas as maiores expectativas a respeito da ampliação da cobertura dos exames citopatológicos do colo uterino, da realização de atividades de educação em saúde que consigam impactar sobre as atitudes femininas e consequentemente nos indicadores, além de um controle adequado e monitorização das mulheres e frequência de realização dos exames (BRASIL, 2013).

2.2 Comportamento Preventivo em Saúde, o Modelo de Crenças em Saúde e Suas Influências na Prevenção do Câncer

O Comportamento Preventivo de Saúde (CPS) ocorre quando as pessoas antecipam as situações negativas para a sua saúde, tentam evitá-las ou reduzir o seu impacto ou detectar uma doença em período assintomático (SANTOS, 2008).

O Modelo de Crença em Saúde (MCS) é uma teoria de âmbito individual, originalmente denominado de *Health Belief Model*, que busca explicar não somente um problema particular de saúde, mas pode ser adaptada a outros problemas de comportamento. Na década de 50, os psicólogos sociais dos EUA Rosenstock, Hochbaum, Leventhal e Kegells apresentaram essa teoria ao sistema de saúde pública, para explicar o porquê da não adesão aos programas de prevenção e detecção de doenças, pelos indivíduos (FUGITA; GUALDA, 2006).

O modelo está relacionado às teorias sobre o processo decisório (*decision making*), ou seja, a tomada de decisão diante de uma situação (ALMEIDA, *et al.* 2005). Também explica as mudanças e a manutenção dos comportamentos relacionados à saúde, realçando o papel das cognições e das crenças (ALVAREZ, 2005).

O objetivo inicial do MCS era explicar as causas que levavam as pessoas a não adotar medidas de prevenção da doença ou a não realizar testes de rastreio antes do aparecimento de sintomas (ROSENSTOCK, 1974a), tendo sido posteriormente aplicado à predição da adesão aos regimes terapêuticos e também à promoção de intervenções cujo objetivo seria modificar a prevalência dos padrões de comportamentos de risco (BECKER; JANZ, 1985).

As proposições do Modelo das Crenças de Saúde afirmam que o comportamento depende de duas variáveis: (1) o desejo de evitar a doença ou, no caso de já doente, de se curar; (2) a crença que um comportamento específico relativo à saúde prevenirá ou melhorará o estado do sujeito.

Segundo o MCS, para que uma pessoa emita comportamentos preventivos em relação à doença, ela deve (ROSENSTOCK, 1974b):

- a) acreditar que esse problema pode afetá-lo particularmente, considerando-se suscetível a um problema de saúde (**Percepção de Suscetibilidade ou risco**). O indivíduo tem a percepção da probabilidade em adquirir a doença, ou seja, a percepção de risco. Alguns fatores como as atitudes, idéias e falsas opiniões a respeito do câncer, bem como a falta de conscientização da comunidade acerca da doença, podem interferir nesta percepção do paciente. O comportamento preventivo da pessoa aumenta quando ela se considera susceptível. Pelo contrário, quando não se considera susceptível, aumenta a probabilidade de ocorrer comportamentos de risco (FIGUEIRAS, *et al.* 2009). Entretanto, nem sempre a percepção de susceptibilidade explica por si mesma o comportamento de risco, como se pode ver pela não adesão ao exame citopatológico de colo de útero para a detecção precoce do câncer em mulheres com elevada

percepção do risco;

- b) perceber as consequências e repercussões da gravidade dos problemas de saúde, que se inserem nas relações sociais, de trabalho e familiares (**Percepção de Severidade**). O grau de severidade da doença pode ser avaliado pelo grau de estimulação emocional bem como pelas diversas consequências biológicas, sociais, emocionais e financeiras que a percepção poderá acarretar. Ao aceitar a suscetibilidade de uma doença percebida como grave, a ação é potencializada e irá definir a trajetória a ser seguida, sendo esta última influenciada por crenças relativas à efetividade das ações, ou seja, as alternativas disponíveis e conhecidas para reduzir a ameaça da doença, diante da qual o indivíduo percebe-se como sujeito, e passa valorizar os benefícios acarretados (FUGITA; GUALDA, 2006);
- c) acreditar na efetividade das medidas que visam reduzir a possibilidade de doença (**Percepção de Benefícios**). Significa a crença na efetividade da ação e na sua percepção, com resultados positivos. As crenças do indivíduo influenciam a direção da ação tornando-as efetivas em relação às alternativas conhecidas e negociadas socialmente, reduzindo assim a ameaça, à qual se sente submetido. A suscetibilidade e a gravidade percebidas podem atuar como provocadores da busca pela prevenção ou cura, entretanto esta ação é determinada pela percepção dos benefícios que serão ocasionados por ela (FUGITA; GUALDA, 2006);
- d) acreditar que a ação tomada reduzirá as ameaças (**Percepção de Barreira**), ou seja, a ação é capaz de reduzir o perigo à saúde e, concomitante, conferir se tal escolha pode remeter a aspectos negativos (desconforto, transtorno, dispendioso ou demande tempo), o que impedirá a tomada de decisão (BECKER; JANZ, 1985). A percepção dos obstáculos engloba as barreiras que o indivíduo entende que existam ao adotar o novo comportamento, os quais podem ser caracterizados por aspectos físicos e estruturais, como agenda do profissional, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, distância dos serviços, fila de espera, etc. (JONES, 2012).

As percepções de suscetibilidade e severidade podem ser estimuladas internamente (sintomas) ou externamente (educação em saúde), o que desencadeia e motiva o indivíduo a agir. Como referidos por Fugita e Gualda (2006); Santos (2008), as questões relacionadas aos

serviços de saúde, as características próprias do paciente e do profissional são aspectos que podem causar insatisfação, dor, aborrecimento, constituindo-se em fatores que servem como barreiras para a ação e que estimulam motivos conflitantes de enfrentamento. Neste aspecto, o indivíduo avalia o custo-benefício da ação antes de adotá-la.

A decisão de como o indivíduo irá se comportar concernente à sua saúde será estabelecida pelo valor subjetivo atribuído a cada dimensão do MCS frente ao perigo ou ao risco à saúde. A vulnerabilidade e a gravidade percebidas em situação de ameaça ou risco possuem força preventiva na tomada de decisão do comportamento em saúde (JANZ, *et al.* 2002).

Souza (2001) reflete que a tomada de decisão “*é um processo no qual o indivíduo move-se através de uma série de estágios ou fases, em cada qual ele interage com pessoas e eventos*”, a partir do qual a probabilidade ou não da decisão será verificada. Janz, *et al.* (2002) relatam que na interação com pessoas e eventos o indivíduo sofre influência de outras variáveis como dados sociodemográficos, psicológicos, estruturais e estímulos para tomada de decisão, chamados de fatores modificadores, conforme apresentado por Berger *et al.*, (2002).

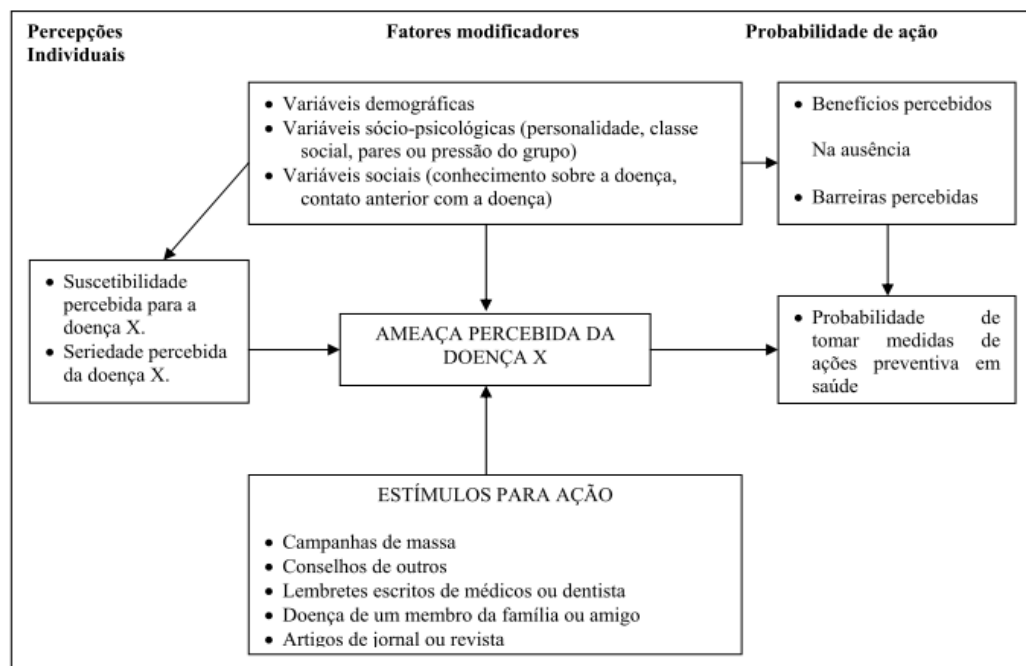


Figura 1: Modelo de crenças na saúde (Adapt. Becker; Mainman; in Berger *et al.*, 2002:175).

O quadro 4 explicita os conceitos mais relevantes deste modelo, assim como as suas aplicações práticas e objetivos.

Quadro 4 – Definição e aplicação prática dos conceitos do modelo de crença na saúde

Conceito	Definição	Aplicação	Objetivo
Suscetibilidade Percebida	Opinião do indivíduo sobre as hipóteses de contrair uma doença.	Definir as populações em risco; Personalizar o risco com base no comportamento do indivíduo.	Avaliar a disposição para agir
Severidade Percebida	Opinião do indivíduo sobre qual a seriedade do seu estado de saúde.	Especificar quais as consequências do risco e da doença.	
Benefícios/ Barreiras Percebidas	Opinião do indivíduo sobre a relação entre os benefícios que a ação pode ter e os obstáculos e dificuldades para a sua realização.	Identificar e reduzir barreiras através da segurança, incentivos e assistência.	
Pistas para a Ação	Estratégias para ativar a disposição de agir.	Fornecer informações para a ação através de planos de ação.	Ativar a disposição de agir e estimular o comportamento
Auto-eficácia	Confiança que o indivíduo sente na sua capacidade de passar à ação.	Aconselhamento na realização da ação	

Fonte: Glanz (1999).

Acredita-se que a responsabilidade assumida pelo indivíduo em referência a cautela e vigilância de seu estado de saúde, bem como a valorização dos comportamentos saudáveis e ações preventivas, dependem de suas experiências anteriores numa determinada situação de doença, do conhecimento que possui relativo ao problema e, ainda, de suas expectativas quanto à resolução do problema. A visão que o indivíduo possui poderá influenciar,

significativamente, nas suas condutas em relação à sua saúde (FUGITA; GUALDA, 2006).

Dessa forma, o comportamento em saúde, para a adesão das mulheres ao programa de controle do câncer de colo do útero (PCCU) é um processo mediado pelas crenças (percepção de risco, gravidade, benefícios e barreiras), e outras variáveis que podem ter origem interna ou externa.

2.3 O comportamento Preventivo Quanto ao Câncer de Colo de Útero

A prevenção é derivada do termo preventivo que pode ser conceituada como ação de caráter primário, secundário e terciário, que objetivam a redução da suscetibilidade de adoecimento e de seu aparecimento, detecção precoce das patologias, instituição de terapêutica adequada e redução da doença (SILVEIRA, 2003).

Para que a prevenção vá ao encontro da Promoção à Saúde, faz-se necessária a adoção de práticas que levem a reflexão dos modelos comportamentais e que considerem a cultura e a realidade populacional, como no caso do câncer de colo uterino (PINHO; FRANÇA JUNIOR, 2003).

Diferentes países estão sendo estimulados pela Organização Mundial da Saúde (2007) a desenvolverem os programas de detecção e controle do Câncer do Colo Uterino. O controle do CCU contribuirá para alcançar objetivos e metas internacionais relacionados com a saúde reprodutiva. A OMS incentiva seus membros a estabelecer prioridades sustentadas na carga nacional de câncer, disponibilizar recursos e capacitar sistemas de saúde para executar programas de prevenção, controle e atenção paliativa do câncer, com participação de organizações governamentais, não governamentais e comunitárias, incluindo representantes dos pacientes e suas famílias (WHO, 2005).

As práticas de prevenção ao câncer de colo do útero são um grande desafio de saúde pública. Como explicação para isso tem-se diversos problemas relacionados como fatores culturais, sociais, econômicos, comportamentais e também de organização dos serviços públicos de saúde. O exame de prevenção do câncer de colo de útero compreende o teste Papanicolaou, (PINHO; FRANÇA JUNIOR, 2003), descoberto na década de 30 pelo Dr. George Papanicolaou, e aceito tanto pela população como pelos profissionais de saúde, se caracteriza como instrumento mais adequado e de baixo custo para rastreamento desta doença, em que o material coletado pode ser feita por médicos e enfermeiros treinados previamente (BRASIL, 2001).

A ESF pode ter importante papel na orientação do exame Papanicolaou e em práticas educativas que estimulem o uso do preservativo como importante instrumento preventivo, pois a infecção pelo HPV tem papel relevante no desenvolvimento do câncer do colo do útero, já que o vírus está presente em mais de 90% dos casos de câncer cervical. Por conseguinte, a prevenção com o preservativo é fundamental para se evitar o contágio (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde desde 1998 preconiza a realização do exame para detecção precoce do câncer de colo de útero em todas as mulheres que já tiveram relações sexuais, com especial atenção àquelas com idade entre 25 e 59 anos de idade, julga importante os serviços de saúde oferecer o acesso à informação sobre o Papanicolaou para a população (BRASIL, 2006d).

Minayo (2007), afirma que qualquer ação de prevenção deveria considerar os valores, as atitudes e as crenças dos grupos sociais a quem a ação se dirige, ou seja, os seus aspectos culturais.

Pensando-se no processo saúde/doença, prevenção e comportamento preventivo de saúde (SOARES, *et al.* 2000), no que se refere ao cuidado individual relacionado às mudanças no estilo de vida, a doença é um fator que está diretamente associado ao modo pelo qual o indivíduo conduzirá o seu tratamento, seja ele preventivo ou curativo frente às patologias oncológicas.

A ESF ao programar suas ações deverá levar em consideração às crenças e percepções dos indivíduos quanto à suscetibilidade e gravidade de uma determinada doença, bem como os aspectos facilitadores e impeditivos da ação (FUGITA; GUALDA, 2006).

Algumas mulheres somente buscam o exame de rastreio de neoplasias malignas do colo uterino, segundo Duavy (2007), com o aparecimento de sintomas e pelo julgamento de que o câncer ginecológico é algo temível do qual ela pode ser vitimada. A coleta de Papanicolaou pode ser entendida como um cuidado com a auto preservação, motivada pelo medo de ter o câncer de colo uterino, ou pelo autocuidado estimulado pelos profissionais da ESF.

Muitas mulheres demonstram desconhecimento sobre a prática do rastreio colpocitológico, mesmo com o acesso a conteúdos sobre PCCU disponibilizados em campanhas de informação presentes com certa regularidade em campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e instituições afins. Isto se dá, em razão da exposição de seu órgão genital ao exame que remete a aspectos relacionados à sexualidade, causando angústia e sentimentos de embaraço, temor e pudor (DUAVY, 2007), levando a desagregação entre a informação e a apropriação de conhecimento sobre o câncer (OLIVEIRA, *et al.* 2005a).

A realização do exame citado revela o quanto a sexualidade tem influência sobre a vida da mulher. Trata-se de tocar, manusear órgãos e zonas erógenas. Talvez o fato de as mulheres incorporarem sempre a exposição das genitálias à sexualidade, mostrando sentimento de vergonha em relação às suas partes. Por essas razões, algumas usuárias manifestarem seus sentimentos de resistência no momento do exame, que pode estar associada à vergonha ao procedimento.

Para Duavy, *et al.* (2007) o medo relaciona-se ao procedimento e à expectativa do resultado. Oliveira, *et al.* (2005a) alertam que o diagnóstico do câncer possui um efeito quase destrutivo sobre a paciente, trazendo o pensamento de aproximação da morte, mutilações e dor, proveniente dos tratamentos, quando há o diagnóstico da doença, proporcionando inúmeros problemas emocionais. Além de apontar outros fatores impeditivos ao exame como as mulheres em idade avançada e as que mantêm estabilidade no relacionamento intra-familiar por não julgarem ser necessário o rastreamento citológico.

Fatores associados à renda, escolaridade, planos de saúde e região de moradia, estão ligados à adesão às práticas de rastreio do câncer de colo uterino, além da idéia da mulher sobre sua saúde e o acesso a profissionais de referência e à utilização regular deste setor (NOVAES, *et al.* 2006).

Para a garantia de acesso e otimização nas medidas de rastreio e prevenção ao câncer de colo de útero deve-se ter um contingente adequado de recursos humanos para atendimento da clientela, bem como a educação permanente destes profissionais (TUCUNDUVA, *et al.*, 2004).

3. METODOLOGIA

3.1 Caracterização da Pesquisa

Trata-se de um estudo realizado com abordagem quantitativa, descritiva e transversal. A abordagem quantitativa permite a mensuração por meio de um instrumento de medida confiável, assegurando a objetividade e credibilidade dos dados (LEOPARDI, 2002).

Para Polit, *et al*, (2004), a pesquisa descritiva tem o propósito de explorar, narrar e analisar aspectos de uma situação. Pereira (1995) refere que em estudos transversais, a coleta de dados é desenvolvida em um recorte único no tempo, ou seja, são arrecadadas informações sobre a exposição e o desfecho simultaneamente.

3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no Município de Porto Velho, capital do Estado de Rondônia, região Norte do Brasil. Porto Velho é a maior cidade do Estado e possui uma população de cerca de 484.992 habitantes (IBGE, 2013). Está localizada à margem direita do Rio Madeira, e faz fronteira com os estados vizinhos do Amazonas e Acre, além da Bolívia. Possui área total de 34.068,50 km², apresentando maior extensão que o estado de Sergipe (OLIVEIRA, 2005b).

Porto Velho surgiu a partir da construção da Estrada de Ferro Madeira Mamoré e os primeiros moradores da cidade foram os próprios trabalhadores da obra. Passou pelos ciclos da borracha e do ouro e atualmente possui economia baseada na exploração de minérios (cassiterita), pesca, agricultura e comércio. Nos últimos anos recebeu diversos investimentos associados à construção das usinas hidrelétricas do Rio Madeira (Santo Antônio e Jirau) (PORTO VELHO, 2013).

Possui 99 estabelecimentos de saúde integrantes do Sistema Único de Saúde. Além disso, possui 79 Equipes de Saúde da Família, sendo 70 com saúde bucal, configurando cobertura estimada em 60% da Estratégia de Saúde da Família no município (DATASUS, 2013). A figura 2, a seguir, apresenta todos os locais onde são encontradas Unidades de Saúde da Família (com número de equipes), Unidades de Saúde Tradicionais e áreas sem a cobertura de unidades de saúde.



Fonte: SEMUSA – PORTO VELHO, 2012

Figura 2: Demonstrativo das Unidades de Saúde da Família, Unidades de Saúde Tradicionais e áreas descobertas no Município de Porto Velho – RO em 2012.

A Unidade de Saúde da Família (USF) Meu Pedacinho de Chão, a qual foi o cenário deste estudo, foi construída em 1972 e funcionou de acordo com o modelo tradicional até 1993 quando foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 2007, foi implantado o então Programa de Saúde da Família (PSF), agora chamado de Estratégia de Saúde da Família.

Atualmente a USF Meu Pedacinho de Chão, conta com três equipes de saúde da família e atende aos bairros Embratel, Nova Esperança e Industrial, além da demanda espontânea dos bairros Flodoaldo Pontes Pinto, Rio Madeira e outros.

De acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) estão cadastradas 2.144 famílias para o acompanhamento das três equipes existentes. Para a equipe Embratel I com a qual foi realizado especificamente o estudo, estão cadastradas 783 famílias, sendo 1.468 mulheres.

3.3 População

A escolha da faixa etária do estudo baseou-se no público-alvo do Programa de Assistência e Controle do Câncer do Colo do Útero, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) e no protocolo de assistência a saúde da mulher da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho (2009). Ambos recomendam que a faixa etária para rastreamento do CCU deve ser 20 a 59 anos. Somente a partir de 2013, o Ministério da Saúde passou a recomendar que o público-alvo para prevenção do câncer de colo uterino deveria compreender mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos (BRASIL, 2013).

A relação destas mulheres foi obtida a partir do SIAB, tendo como ano base 2012. Foram, ainda, considerados como critérios de inclusão: mulheres de 20 a 59 anos de idade, tendo realizado ou não, anteriormente, exames de prevenção do câncer de colo uterino; ser moradora da área de abrangência da equipe de saúde da família; ter capacidade cognitiva que possibilitasse a entrevista e que aceitassem participar do estudo. Foram excluídas as mulheres menores de 20 anos de idade ou maiores de 59 anos e as que tiveram câncer de colo uterino.

A partir do cadastro do SIAB, constatou-se a existência de 800 mulheres na área de abrangência da EqSF Embratel I dentro da faixa etária de interesse desse estudo.

3.4 Procedimento Amostral

Para o cálculo da amostra foram utilizados os seguintes parâmetros: erro de 5,0 %, nível de confiança de 95,0%, e uma estimativa de prevalência de 50,0%, que é a que determina o maior tamanho de amostra. A partir destes parâmetros, o número calculado de mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos para compor a amostra foi de 260 sujeitos. Cálculo realizado pelo *Statcalc* do software *Epi Info*, versão 6.0. Prevendo a possibilidade de perdas no processo, trabalhou-se com um acréscimo de 10% o que totalizou 286 entrevistas.

Para atingir o número de 286 entrevistas, foram convidadas 306 mulheres que computaram entre desistências, mudanças de endereço e recusas, o total de 20 perdas.

A amostra foi estratificada de acordo com a microárea de residência dentro do território de abrangência da EqSF Embratel I. A seleção das participantes aconteceu mediante sorteio sistemático das residências que seriam visitadas, da seguinte forma, contando-se a partir da primeira família cadastrada, a cada duas famílias, a próxima era convidada a participar do estudo, podendo haver mais de uma entrevistada em cada residência.

3.5 Coleta de Dados

O estudo foi realizado mediante a aplicação de formulários formados por perguntas fechadas (Apêndices A e B), durante os meses de março a setembro de 2013. Os formulários foram aplicados por cinco agentes comunitários de saúde (ACS) e oito auxiliares de pesquisa (acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal de Rondônia) que receberam treinamento voltado à coleta de dados, além da pesquisadora principal.

O treinamento acerca do instrumento de pesquisa visou à apresentação do projeto e esclarecimento de dúvidas a respeito dos objetivos e da metodologia a ser aplicada. Em seguida, o formulário de coleta de dados foi apresentado passo a passo, debatendo todas as questões do instrumento e discutido o modo mais adequado para a realização das perguntas. É importante esclarecer que a pesquisadora já conhecia o trabalho de tais agentes comunitários de saúde e somente os incluiu no processo de coleta de dados em virtude de acreditar na sua capacidade em agir dentro de preceitos éticos. Todo este processo durou cerca de 20 horas.

Os horários das entrevistas foram sempre agendados pelos agentes comunitários de saúde. As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos sujeitos da pesquisa e tiveram duração aproximada de 40 minutos. Os dados foram obtidos por meio de informações auto referidas pela própria mulher.

Durante o processo de coleta de dados foram realizadas até cinco visitas, em dias e horários alternados, com o intuito de evitar perdas. Foi considerada perda quando a entrevistada estava ausente nas cinco visitas, havia mudado para outra residência na mesma área de abrangência da EqSF que não foi localizada ou quando houve recusa ou desistência em participar da entrevista.

Os entrevistadores reuniram-se de maneira periódica para discussão de possíveis problemas na coleta de dados. Os formulários entregues eram conferidos para a detecção de campos não preenchidos, rasurados ou com dúvida de preenchimento.

Nos casos de campos não preenchidos, as entrevistadoras retornaram à residência para completá-los. Posteriormente estes formulários eram codificados para serem digitados no banco de dados criado.

Realizou-se também reentrevista com 10,0% da amostra, entrevistada por outra pesquisadora que não a pesquisadora principal. Esta reentrevista foi realizada por uma entrevistadora devidamente treinada (orientadora), com o objetivo de verificar a qualidade, a

concordância de preenchimento do formulário e, principalmente, se as entrevistas haviam sido realmente realizadas.

No total, foram realizadas 26 reentrevistas. A análise das reentrevistas mostrou-se concordante com as entrevistas, indicando a confiabilidade da coleta de dados pelas ACSs e acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal de Rondônia.

A primeira parte do instrumento de coleta de dados foi composta por questões que caracterizavam aspectos sociodemográficos e reprodutivos da mulher. A segunda parte foi composta por questões referentes aos riscos relacionados ao câncer de colo uterino, baseado no módulo para detecção do câncer de colo uterino do inquérito do INCA (2012b), adaptado a este estudo.

A terceira parte do formulário foi composta por perguntas referentes ao Modelo de Crenças em Saúde (MCS), constituindo-se pelo formulário “*Champion’s Health Belief Model Scale*” (CHBMS), validado e adaptado transculturalmente ao Brasil. O instrumento original foi desenvolvido para avaliação do MCS em pacientes portadoras de câncer de mama. Todavia, a autora afirma que o CHBMS pode ser utilizado para avaliar o comportamento preventivo em saúde para outros tipos de tumores, uma vez que já foi utilizado em pesquisas destinadas ao câncer do colo uterino e de colorretal (SANTOS, 2008). Neste estudo utilizou-se o formulário já adaptado para o câncer de colo do útero aplicado em estudo no Estado do Rio de Janeiro por Rafael (2009).

O MCS é composto por 29 quesitos divididos em quatro escalas: susceptibilidade (5 quesitos), gravidade (7 quesitos), benefícios (5 quesitos) e barreiras (12 quesitos). Para cada afirmativa das escalas, o indivíduo escolhe entre cinco alternativas: discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo e concordo totalmente. A cada uma das alternativas é atribuído um valor que varia de um a cinco. Os itens são então somados e é obtido um valor para cada uma das escalas.

Nas escalas susceptibilidade e gravidade, quanto maior a pontuação, maior a percepção de risco e severidade para o CCU. Na escala benefícios, quanto maior a pontuação, o indivíduo acredita no benefício do teste de Papanicolaou. Na escala barreiras, quanto maior a pontuação, maior é a percepção de barreiras a respeito da prevenção do CCU (SANTOS, 2008).

3.5.1 Variáveis Independentes

As variáveis independentes foram as características sociodemográficas, reprodutivas, os fatores de risco para desenvolver câncer de colo uterino e sobre a realização do teste de Papanicolaou, conforme abaixo apresentada.

1. Idade:

- 20 a 29 anos;
- 30 a 39 anos;
- 40 a 49 anos;
- 50 a 59 anos.

2. Anos de estudo:

- Menos de 9 anos;
- De 9 a 12 anos;
- Mais de 12 anos.

3. Renda familiar:

- Sem salário;
- Até 3 salários mínimos;
- Entre 4 e 9 salários mínimos;
- Acima de 10 salários mínimos.

4. Situação conjugal:

- Solteira;
- Casada, incluídos os que referiram união consensual;
- Viúva/divorciada/separada.

5. Raça/Cor:

As categorias de raça/cor foram listadas às usuárias, e as mesmas definiam em qual categoria se enquadrava. Estas foram agrupadas em:

- Branca;
- Preta/Negra ou Parda/Morena;

- Outra;

6. Idade em que ocorreu a menarca:

- Menos de 10 anos;
- Entre 10 e 12 anos;
- Entre 13 e 15 anos;
- 16 anos ou mais.

7. N° de gestações:

- Uma;
- Duas;
- Três;
- Quatro;
- Cinco;
- Seis.

8. Tipo de Parto:

- Normal;
- Cesariana;
- Fórceps.

9. Idade de início da menopausa:

- Menor que 40 anos;
- Entre 40 e 50 anos;
- Maior que 50 anos.

10. Método Contraceptivo Utilizado:

- Não utiliza;
- Anticoncepcional oral;
- Anticoncepcional injetável;
- Camisinha;
- Diafragma;
- Dispositivo Intra-uterino;

- Métodos Naturais.

11. Número de parceiros sexuais:

- Apenas um;
- Entre 2 e 5;
- Entre 6 e 10;
- Entre 11 e 20;
- Mais de 20.

12. Realização anterior do exame citopatológico do colo uterino:

- Sim;
- Não.

13. Número de exames nos últimos doze meses:

- Um;
- Dois;
- Três;
- Nenhum.

14. Periodicidade na realização do exame citopatológico do colo uterino:

- A cada seis meses;
- Anualmente;
- Uma vez a cada dois anos;
- Uma vez a cada três anos;
- Uma vez a cada 4-5 anos;
- Uma vez a cada 6-10 anos;
- Menos frequente que a cada 10 anos;
- Só uma vez na vida;
- Variável.

3.5.2 Variáveis Dependentes

As variáveis dependentes foram relacionadas às pontuações das escalas de percepção de suscetibilidade, gravidade, benefícios e barreiras, as quais foram classificadas como variáveis contínuas.

Para obtenção da pontuação foram apresentadas afirmações de acordo com cada escala do Modelo de Crenças em Saúde, e a entrevistada informava seu posicionamento diante da afirmação com as seguintes opções: discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, concordo totalmente. Cada uma dessas opções corresponde a um valor numérico, respectivamente 1, 2, 3, 4, 5 e ao final de cada escala a pontuação obtida é dada pelo somatório dos valores relacionados ao posicionamento diante de cada uma das afirmações.

As afirmações foram as seguintes:

- **Escala de Suscetibilidade:**

- 1.Tenho certeza que vou ter câncer de colo do útero algum dia.
- 2.Acho que vou ter câncer do colo do útero algum dia.
- 3.Tenho grande chance de ter câncer do colo do útero nos próximos 10 anos.
- 4.Minha chance de ter câncer do colo do útero é grande.
- 5.Tenho mais chances de ter câncer do colo do útero que outras pessoas.

- **Escala de Gravidade:**

- 1.A idéia de câncer do colo do útero me apavora.
- 2.Quando eu penso em ter câncer do colo do útero, meu coração dispara.
- 3.Tenho medo até de pensar em câncer do colo do útero.
- 4.Os problemas que eu teria com câncer do colo do útero iriam durar muito tempo.
- 5.O câncer do colo do útero pode ameaçar minha relação com meu parceiro.
- 6.Se eu tivesse câncer do colo do útero, minha vida toda iria mudar
- 7.Se eu tiver câncer do colo do útero, não vou viver mais que cinco anos

- **Escala de Benefícios:**

- 1.Quando eu faço o exame preventivo que o médico mandou, eu fico aliviada.
- 2.Quando eu faço o exame preventivo, não me preocupo muito com o câncer do colo do útero
- 3.Fazer o exame preventivo ajuda a descobrir logo o câncer do colo do útero.
- 4.Fazer o exame preventivo diminui a chance de eu morrer por câncer do colo do útero.

5.Fazer o exame preventivo diminui a chance de eu ter uma cirurgia grande se eu tiver câncer do colo do útero.

- **Escala de Barreiras:**

- 1.Fico com vergonha de fazer o exame preventivo.
2. Tenho medo de descobrir alguma coisa se eu fizer o exame preventivo.
- 3.Tenho medo de fazer o exame preventivo porque eu não sei o que vão fazer comigo.
- 4.Não sei o que fazer para marcar o exame preventivo.
- 5.O preparo para fazer o exame preventivo vai demorar muito.
- 6.Acho que o exame preventivo vai doer muito.
- 7.O pessoal que faz o exame pode ser grosseiro.
- 8.É difícil arrumar condução para ir fazer o exame preventivo.
- 9.Tenho coisas mais importantes para fazer que o exame preventivo.
- 10.O exame preventivo vai atrapalhar minha vida.
- 11.O exame preventivo é muito caro.
- 12.Sempre me esqueço de marcar o exame preventivo.

3.6 Análise de Dados

As informações obtidas por meio do formulário de coleta de dados foram digitadas em banco de dados criado no o software *Excel*, versão 7.0 e transportadas para criação de banco de dados e posterior análise pelo programa *Statistica*, versão 7.0. Os dois arquivos criados foram comparados e os dados discrepantes foram corrigidos, para em seguida obter-se o banco de dados final para análise.

As variáveis categóricas foram representadas através de tabelas de frequência absoluta e relativa.

Para a comparação entre algumas variáveis categóricas, foi realizada análise de correspondência múltipla (ACM), na qual a associação entre as variáveis é demonstrada pela distância entre elas no gráfico bidimensional ou mapa perceptual, construído a partir de uma matriz definidora das dimensões de associação, da qual são retiradas as dimensões com maior poder de explicação, nestas são encontradas as associações de maior intensidade. A ACM tem como base nos primórdios do processo de análise o Teste do X^2 (HAIR, 2009).

Ainda segundo o mesmo autor, a ACM é de grande utilidade, visto que torna bastante simples a visualização de todas as possíveis correlações entre as variáveis, por isso, dita

múltipla ou multivariada, auxiliando no entendimento de diversos fatores envolvidos no mesmo evento.

Para análise do MCS utilizou-se dos valores obtidos com o somatório dos números atribuídos as respostas apresentadas pelas participantes da pesquisa. Quanto maior o valor obtido para cada quesito, maior a crença no item respondido, diante disso, a relação entre tais crenças e atitudes apresentadas e relatadas pelas participantes. A escala utilizada para tal análise encontra-se no Quadro 5, abaixo:

Quadro 5: Escala utilizada para determinação da intensidade de percepção quanto aos parâmetros do MCS.

	Baixa	Média	Alta
Suscetibilidade	5 – 10	11 – 19	20 – 25
Gravidade	7 – 14	15 – 27	28 – 35
Benefícios	5 – 10	11 – 19	20 – 25
Barreiras	12 – 24	25 – 47	48 – 60

3.7 Aspectos Éticos

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Saúde – CEP do Núcleo de Saúde da UNIR, tendo obtido aprovação, sendo o número da CAAE: 09269312.0.0000.5300 (Apêndice C). A pesquisadora garante que não houve dano (físico, psíquico, moral, intelectual, social e cultural) às mulheres, em qualquer etapa do estudo e dele decorrente e que cumpriu as exigências da resolução/CNS/466/12 (BRASIL, 2012).

As participantes, individual ou coletivamente, foram voluntárias, e não houve qualquer forma de remuneração. O consentimento dos sujeitos da pesquisa não acarretou prejuízos, submissão ou embaraço. Após explicação integral e minuciosa sobre a natureza da investigação, seus objetivos, procedimentos, vantagens previstas, prováveis riscos e o transtorno que esta possa provocar, foi assinado um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice D), no qual autoriza sua participação voluntária na pesquisa.

A pesquisadora mantém o compromisso de utilizar os materiais e dados coletados somente para os fins previstos no documento e a publicar os resultados. Os dados obtidos serão mantidos em completo sigilo e em nenhum momento será divulgado o nome das participantes. Somente a pesquisadora ficará sabendo da sua participação.

Além disso, é importante esclarecer que a realização da pesquisa também obteve autorização do Gestor Municipal de Saúde do Município de Porto Velho (Apêndice E).

4. RESULTADOS

As 286 mulheres, se distribuíram nas faixas etárias de 20 a 59 anos de idade, com predomínio discreto da faixa etária de 30 a 39 anos. Dentre estas mulheres, 65.03% referem ser da cor parda, 18.88% da cor branca e 14.68% da cor negra. Quanto à religião 57.69% das mulheres afirmaram ser católicas, 26.92% evangélicas, 6.62% referiram outras religiões.

A respeito da renda familiar, 3.90% afirmam viver sem salário, 69.90% vivem com até três salários mínimos, 23.80% possuem renda entre quatro e nove salários mínimos e apenas 2.30% referem renda superior a 10 salários mínimos.

Quando questionadas se frequentaram escola, 87.22% referiram que sim. As respostas demonstram que 18.40% possuem menos que nove anos de estudo, 64.80% possuem entre nove e 12 anos de estudo e 16.80% apresentaram mais de 12 anos de estudo ou ensino regular.

Quanto ao estado civil, 33.33% são casadas, 48.33% solteiras, 10.55% possuem união estável, 2.77% são viúvas e 3.33% separadas. Em relação ao tabagismo, 11.66% afirmaram que são tabagistas e 85.55% que não. Além disso, 47,77% afirmaram realizar atividade física regularmente, enquanto 50% não. Dentre as ocupações referidas, destacam-se autônoma com 39.86% e “do lar” 17,13%, as demais podem ser observadas na Tabela 1 abaixo:

Tabela 1: Ocupações referidas por mulheres acompanhadas pela EqSF Embratel no município de Porto Velho, 2013.

Ocupação	N(%)
Do Lar	49(17.13)
Autônoma	114(39.86)
Professora	21(7.34)
Serviços gerais	21(7.34)
Servidora Pública	17(5.95)
Estudante	17(5.95)
Outras profissões nível superior	11(3.84)
Outras	32(11.18)
Sem informação (SI)	4(1.39)
Total	286(100)

A respeito dos aspectos reprodutivos, 81.11% das mulheres referiram que já ficaram grávidas; 18.48% das mulheres já engravidaram quatro vezes ou mais; 42.46% engravidaram entre 16 e 20 anos de idade, 43.83% engravidaram entre 21 e 30 anos de idade.

Quanto ao tipo de parto, 50.68% das mulheres referiram partos normais e 48.63% tiveram parto cesariano. Apenas 18.88% afirmaram ter chegado à menopausa. Dentre estas 55.88% disseram ter feito uso de medicamentos para reposição hormonal.

Perguntou-se as mulheres quantas vezes foram a um serviço de saúde no último ano para cuidar da própria saúde e 11.11% referiram não ter ido nenhuma vez. Além disso, questionamos quanto à ocorrência de consulta por problema ginecológico nos últimos doze meses, com isso, 42.22% referiram que sim e 52.22% referiram que não. Ao mesmo tempo, 87.77% das mulheres afirmaram já ter realizado exame de prevenção do CCU, enquanto 11.11% afirmaram nunca tê-lo realizado.

Questionou-se ainda quanto ao número de exames citopatológicos do colo do útero realizados nos últimos doze meses e obteve-se que: 47.90% realizaram uma vez; 13.28% realizaram duas vezes; 0,69% realizaram três vezes; e que 33.91% não realizou nenhum exame. A periodicidade com que realizam exames de prevenção do CCU é apresentada na Tabela 2. Destacando-se as seguintes frequências: 17.67% a cada seis meses; 53.01% anualmente; 8.83% 1 vez a cada dois anos; 8.03% só uma vez na vida; 6.82% variável.

Tabela 2: Periodicidade de realização do exame citopatológico cérvico-vaginal referida por mulheres acompanhadas pela EqSF Embratel, no município de Porto Velho, 2013.

Periodicidade	N(%)
(1) 6 em 6 meses	42(17.67)
(2) Anualmente	132(53.01)
(3) 1 vez a cada 2 anos	22(8.83)
(4) 1 vez a cada 3 anos	3(1.20)
(5) 1 vez a cada 4 – 5 anos	3(1.20)
(6) 1 vez a cada 6 – 10 anos	3(1.20)
(7) Menos freqüente do que a cada 10 anos	2(0.80)
(8) Só fez uma vez na vida	20(8.03)
(9) Variável	17(6.82)
(10) NS/NR	5(2.00)
Total	249(100)

Questionou-se também a respeito do objetivo que elas atribuem à realização do exame de prevenção do CCU, obtendo-se o que é apresentado na Tabela 3. É importante destacar que 59.44% das mulheres acreditam que o exame serve para prevenir ou detectar o câncer de colo uterino, no entanto 40.56% não marcou em suas respostas esta opção. Outro aspecto que merece destaque é o número de mulheres, que representaram 65.03% das entrevistadas, portanto, a maioria, que atribuiu ao exame citopatológico a prevenção ou detecção de infecção vaginal (corrimento). É necessário esclarecer que foi dada a possibilidade de marcar mais de uma das alternativas, quantas elas realmente considerassem necessárias.

Tabela 3: Objetivo atribuído a realização do exame citopatológico do colo uterino por mulheres acompanhadas pela EqSF Embratel, no município de Porto Velho, 2013.

O preventivo serve para prevenir ou	
detectar:	N(%)
(1) Doenças, porém não sabe qual tipo.	35(12.23)
(2) Gravidez	5(1.74)
(3) Câncer na mulher	97(33.91)
(4) Infecção urinária	74(25.87)
(5) Câncer de colo uterino	170(59.44)
(6) Infecção vaginal (corrimento)	186(65.03)
(7) Câncer de mama	9(3.14)
(8) Outro	2(0.69)
(99) NS/NR	9(3.14)

Outro quesito importante questionou quanto à utilização de métodos contraceptivos, obtendo os seguintes resultados apresentados na Tabela 4. Chamando grande atenção que apenas 17.83% das mulheres entrevistadas referiu o uso de camisinha (preservativo de látex) que dentre os métodos contraceptivos apresentados, é o único que protege contra doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a infecção pelo papilomavírus humano (HPV), apontado como principal fator de risco para o desenvolvimento do CCU.

Tabela 4: Método contraceptivo utilizado por mulheres acompanhadas pela EqSF Embratel, no município de Porto Velho, 2013.

Método Contraceptivo	N(%)
Não utiliza	92(32.16)
Anticoncepcional oral	75(26.22)
Anticoncepcional injetável	51(17.83)
Camisinha	51(17.83)
Diafragma	3(1.04)
DIU	3(1.04)
Métodos naturais	3(1.04)
NS/NR	8(2.79)
Total	286(100)

Ainda foi questionado às mulheres se havia algum caso de câncer de útero ou mama na família e 15 % referiu que sim. Além disso, destaca-se a frequência de acordo com o parentesco, 3.70% dos casos ocorreram com a mãe; 37.03% com a tia; 11.11% com avó; 25.90% com prima; 22.22% com irmã.

Com o somatório dos valores atribuídos as respostas apresentadas pelas mulheres entrevistadas, obteve-se uma pontuação individual para cada um dos quatro parâmetros do MCS. Com isso, as pontuações foram agrupadas de acordo com a escala já apresentada nos procedimentos metodológicos e os resultados encontram-se no Quadro 6 a seguir:

Quadro 6: Demonstrativo da pontuação obtida com a escala do Modelo de Crenças em Saúde aplicada às mulheres acompanhadas pela EqSF Embratel, município de Porto Velho, 2013.

Percepção quanto à:	Baixa	Média	Alta
	n(%)	n(%)	n(%)
Suscetibilidade	213(74.47)	73(25.52)	—
Gravidade	43(15.05)	213(74.47)	30(10.48)
Benefícios	10(3.50)	151(52.80)	125(43.70)
Barreiras	137(47.90)	147(51.40)	2(0.70)

Primeiramente, quanto à pontuação demonstrativa da percepção de suscetibilidade, verificou-se que 74.47% das mulheres obteve pontuação baixa, o que evidencia a sensação de baixo risco ou ausência do risco de contrair o CCU entre essas mulheres. Apenas 25.52% apresentou média percepção de suscetibilidade e nenhuma mulher atingiu pontuação referente à alta percepção de suscetibilidade.

Com relação à pontuação da percepção de gravidade, 74.47% das mulheres apresentou média percepção de gravidade; 15.05% apresentou baixa percepção de gravidade; e somente 10.48% atingiu pontuação representativa de alta percepção de gravidade.

Quanto à percepção de benefícios com a realização do exame de prevenção do CCU, verifica-se que 52.80% possui média percepção dos benefícios obtidos com a realização do exame, 43.70% possui alta percepção dos benefícios do exame e 3.50%, baixa percepção de benefícios com a realização do mesmo.

A respeito da percepção de barreiras à realização do exame, chegou-se aos seguintes resultados: 51.40% possui média percepção de barreiras; 47.90%, baixa; e apenas 0.70% alta percepção da existência de barreiras para prevenção do CCU através do exame periódico de Papanicolaou.

Para verificar as possíveis associações entre as variáveis do MCS e algumas características socioeconômicas e fatores de risco. Foram realizadas às análises estatísticas de correspondência múltipla.

Primeiramente, foi analisado se ocorreu associação entre as pontuações atingidas em cada parâmetro do MCS, da maneira já descrita na metodologia do estudo.

A Tabela 5 apresenta as dimensões nas quais aconteceu maior associação, trazendo também os autovalores, o percentual individual e o percentual acumulado da variabilidade explicada por cada dimensão.

Tabela 5 - Autovalores, percentual de variância por dimensão de associação e percentual acumulado para variáveis do MCS entre mulheres acompanhadas pela EqSF Embratel, no município de Porto Velho – RO.

Nº de dimensões	Autovalores	% Explicação	% Acumulada
1	0.718525	29.50	29.50
2	0.546163	17.04	46.54
3	0.507763	14.73	61.27

As duas primeiras dimensões demonstraram maior percentual de explicação, portanto, tratam-se das que melhor se auto explicam através da visualização gráfica. Dessa forma, tais dimensões foram selecionadas para composição do mapa perceptual apresentado na Figura 3.

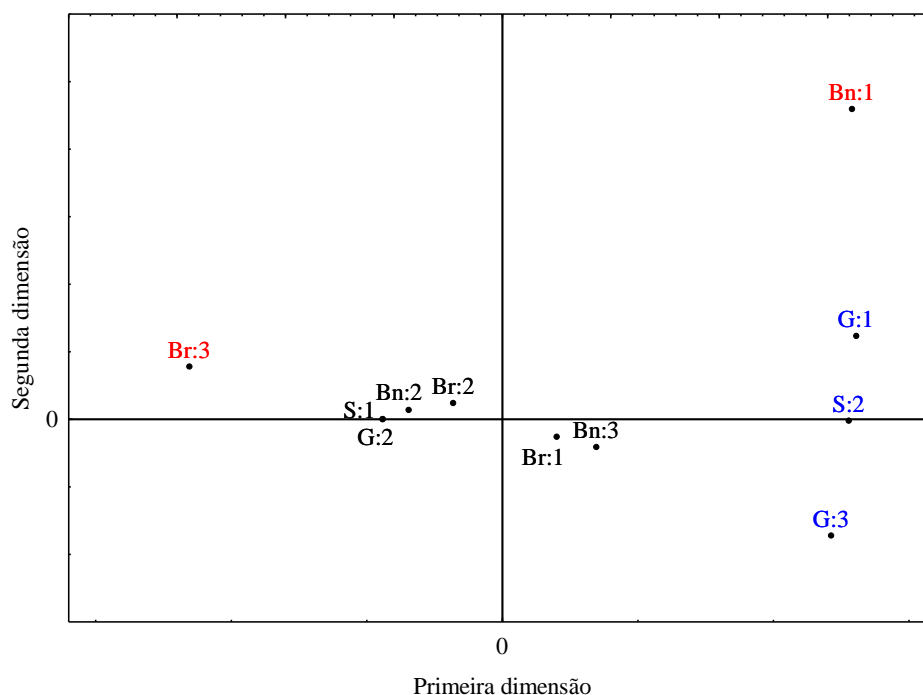


Figura 3: Mapa perceptual referente às correspondências entre as pontuações dos quatro parâmetros do MCS, por mulheres acompanhadas pela EqSF Embratel, no município de Porto Velho – RO, 2013.

Legenda da Figura 3:

- S1: suscetibilidade baixa;
- G1, G2, G3: respectivamente gravidade baixa, média, alta;
- Bn1, Bn2, Bn3: respectivamente percepção de benefício baixo, médio e alto;
- Br1, Br2, Br3: respectivamente barreira baixa, média e alta;

Através do mapa perceptual verifica-se a existência de dois grupos de associação e duas variáveis isoladas. O primeiro grupo em preto evidencia grande associação, devido maior proximidade, entre baixa percepção de suscetibilidade, média percepção de gravidade, média percepção de barreiras e média percepção de benefícios, além disso, apesar da maior distância, também se verifica associação com baixa percepção de barreiras e alta percepção de benefícios.

Quanto ao segundo grupo, em azul, constatamos associação entre suscetibilidade média com gravidade baixa e gravidade alta, isto significa que parte das mulheres com média

percepção de suscetibilidade atingiram pontuações de gravidade baixa e outra parte apresentaram pontuação referente à gravidade alta.

Baixo benefício e alta percepção de barreiras, em vermelho, não se associam fortemente a nenhum grupo, acontecendo de maneira aleatória.

Na análise de correspondência múltipla entre as variáveis do MCS e as variáveis renda, anos de estudo, realização anterior de citologia oncótica do colo uterino e uso de preservativo, o procedimento na determinação das dimensões de associação foi semelhante ao anteriormente utilizado, chegando aos valores demonstrados na tabela 6.

Tabela 6: Autovalores, percentual de variância por dimensão de associação e percentual acumulado para variáveis do MCS com outras variáveis entre mulheres acompanhadas pela EqSF Embratel, no município de Porto Velho – RO.

Nº de dimensões	Autovalores	% Explicação	% Acumulada
1	0.386657	22.09	22.09
2	0.229392	13.11	35.20
3	0.178903	10.22	45.42
4	0.156375	8.94	54.36

Da mesma forma, as duas primeiras dimensões foram as que apresentaram maiores percentuais de explicação, representadas na Figura 4.

Com a representação da Figura 4, observa-se a maior proximidade, no grupo em preto, associação entre baixa suscetibilidade, média gravidade, média percepção de benefícios, baixa e média percepção de barreiras com ausência de renda ou renda de até três salários mínimos, escolaridade menor que nove anos ou de nove a doze anos, não utilização de preservativo nas relações sexuais, podendo ter realizado ou não citologia oncótica de colo uterino anteriormente.

No grupo em azul, verifica-se associação entre média suscetibilidade, baixa e alta percepção de gravidade, alta percepção de benefícios com mais de 12 anos de estudo, renda entre quatro e nove ou mais de 10 salários mínimos e uso de preservativo nas relações sexuais.

Mais uma vez, alta percepção de barreiras e baixa percepção de benefícios (em vermelho), ambos em relação ao exame de prevenção do CCU, apresentaram respostas

esparsas distribuídas de maneira diluída, de modo que não apresentam associações na representação gráfica, podendo ocorrer aleatoriamente.

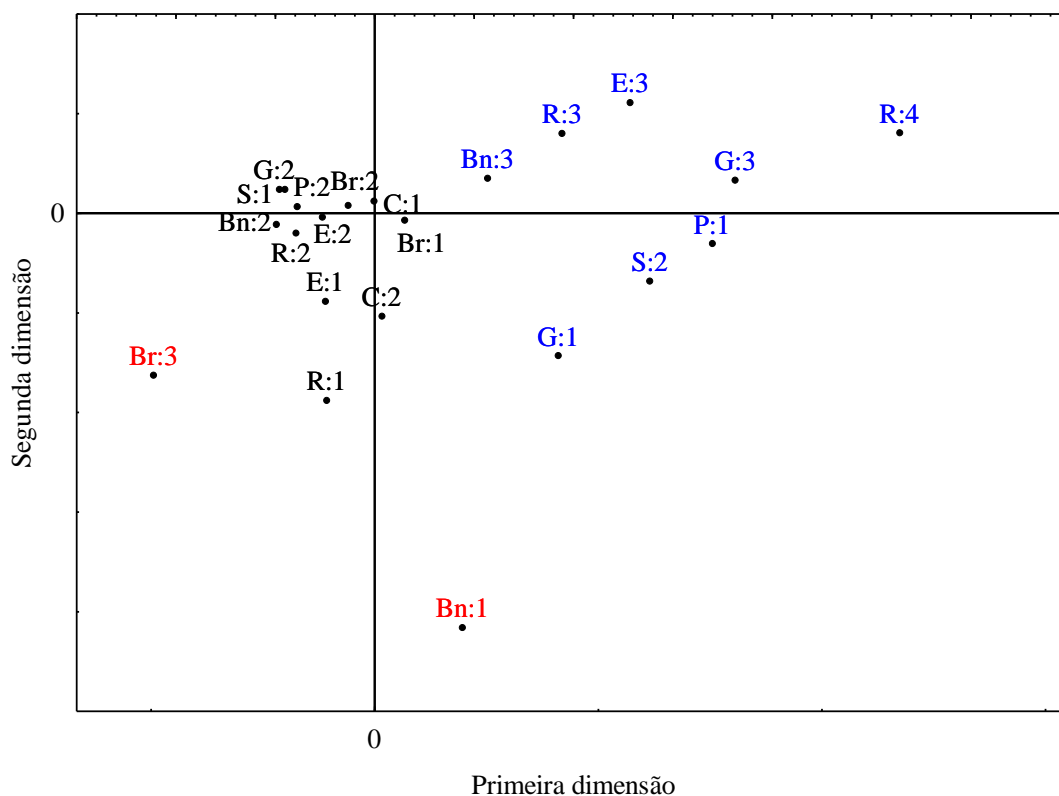


Figura 4: Mapa perceptual referente às correspondências entre as pontuações do MCS e as variáveis renda, anos de estudo, uso de preservativo e realização anterior de citologia oncótica do colo uterino, por mulheres acompanhadas pela EqSF Embratel, no município de Porto Velho – RO, 2013.

Legenda da Figura 4:

- S1, S2: respectivamente suscetibilidade baixa e média;
- G1, G2, G3: respectivamente gravidade baixa, média, alta;
- Bn1, Bn2, Bn3: respectivamente percepção de benefício baixo, médio e alto;
- Br1, Br2, Br3: respectivamente barreira baixa, média e alta;
- R1, R2, R3, R4: relativo a renda, respectivamente sem salário, até três salários mínimos, entre 4 e 9 salários mínimos, 10 ou mais salários mínimos;
- C1, C2: realização anterior de citologia oncótica do colo uterino, respectivamente, sim e não;
- P1, P2: uso de preservativo nas relações sexuais, respectivamente, sim e não;
- E1, E2, E3: relativo a anos de estudo, respectivamente, menos que 9 anos, entre 9 e 12 anos e mais de 12 anos.

Com relação aos possíveis fatores que levariam a dificuldades na realização do exame, verificou-se as seguintes respostas.

Para as mulheres que tem criança ou outra pessoa para cuidar, foi perguntado se houve problemas em encontrar alguém que assumisse este cuidado, enquanto estivesse realizando o exame ou se deslocando para o mesmo. Diante disso, apenas 13.68% disse que sim, 78.76% referiram que não.

Quando questionadas se houve a necessidade de esperar por muito tempo para realizar o exame e 29.44% disseram que sim, enquanto 65% disseram que não.

Outra pergunta realizada foi se aconteceu alguma dificuldade em se fazer entender por alguém da equipe. 12.77% disseram que sim e 81.66%, não.

Quanto à exigência de preenchimento de vários papéis. 19.44% referiram que aconteceu, enquanto 74.44%, responderam que não.

A respeito da sensação ou sentimento de dor durante a realização do exame. 20% afirmaram que sentiram dor, e 75.55%, que não sentiram dor.

Outro questionamento envolveu o sentimento de vergonha para realização do exame e diante disso, 41.66% afirmaram que se sentiram envergonhadas, 53.33%, não.

Além disso, 76.66% referiram que ficaram satisfeitas com o modo com o qual foi entregue o resultado do exame, enquanto 18.88%, não.

Ainda com relação a esta categoria de perguntas, foi questionado se já havia recebido alguma orientação sobre a importância do exame de prevenção do CCU e 80.55% responderam que sim, 18.33%, responderam que não. Dentre as que receberam orientações, 37.93% relataram que receberam tais orientações do profissional enfermeiro, 33.79% do profissional médico e as demais entrevistadas receberam tais orientações de outros profissionais, familiares ou ainda, amigos.

5. DISCUSSÃO

O câncer de colo uterino configura um problema de magnitude mundial que ainda é responsável por milhares de mortes em todo mundo, especialmente em países subdesenvolvidos, onde se observa menor acesso aos serviços de saúde, menor escolaridade por parcela significativa da população e maior exposição a fatores de risco (BRASIL, 2013). Ainda segundo a mesma fonte, observa-se que em se tratando de Brasil, na região norte é o câncer que mais mata mulheres.

Verifica-se que a maioria das mulheres na amostra estudada, refere renda familiar inferior a três salários mínimos. Quanto aos anos de estudo, a parcela mais significativa não possui ensino superior. Rafael (2010) e Corrêa (2009), encontraram resultados semelhantes a este em seus estudos, quando avaliaram o perfil de mulheres atendidas por serviços públicos de saúde).

Aspectos referentes ao histórico reprodutivo como gestações precoces e multiparidade também foram verificados em parcela importante na amostra estudada. Tais fatores configuram maior risco ao desenvolvimento do câncer de colo uterino por estarem associados ao risco de maior exposição ou exposição prolongada ao HPV (BRASIL, 2006a; CORRÊA, *et al.* 2008).

Da mesma forma, chama atenção o fato de que apenas 17.83% das mulheres entrevistadas afirmarem que utilizam preservativos nas relações sexuais, visto que, dentre os métodos apresentados durante a entrevista, é o único que pode prevenir a infecção pelo HPV, tido como principal responsável pelo desenvolvimento de câncer de colo uterino. A maior associação do uso de preservativo com maior renda e maior índice de escolaridade na amostra estudada, não foi surpresa, pois outro estudo já evidenciou a maior utilização do preservativo de látex nestas condições (CARRENO; COSTA, 2006).

A periodicidade de realização do exame apresentou resultado positivo, mostrando que pelo menos 80.71% das mulheres realizou o exame com periodicidade que varia de 6 meses a três anos, lembrando que o Ministério da Saúde recomenda que após dois exames consecutivos, no intervalo de um ano e resultados normais, a periodicidade do exame seja de três anos (BRASIL, 2013).

Possivelmente, guarda relação com as periodicidades menores que três anos, na realização do exame, o fato de que 65.03% das mulheres atribuíram ao exame citopatológico do colo uterino, a função de detectar ou prevenir vulvovaginites que causam secreções moderadas ou abundantes conhecidas popularmente como “corrimentos”. Duavy, *et al.* (2006) e Martins, *et al.* (2005) também verificaram em seus estudos que algumas mulheres buscam a realização do exame apenas quando apresentam algum sintoma ou queixa.

Ainda quanto à finalidade da citologia oncótica do colo uterino, 40.56% das mulheres não referiram o câncer de colo uterino entre os objetivos do exame de prevenção. Isto pode evidenciar a deficiência de ações de educação em saúde com esta população, até porque 18.33% da amostra afirmaram nunca ter recebido orientação sobre a importância do exame preventivo do câncer de colo uterino. Evidenciando a importância de se realizar frequentemente ações de educação em saúde, tanto individuais quanto coletivas, para contribuir com a construção de um conhecimento acerca do câncer e sua prevenção entre as mulheres. Deficiências quanto ao conhecimento sobre a doença e sua prevenção, também foi observado por Jorge, *et al.* (2011) e Duavy, *et al.* (2006).

Quanto aos aspectos avaliados pelo Modelo de Crenças em Saúde, é desejável que as pontuações da percepção quanto à suscetibilidade, gravidade e benefícios sejam altas, já a pontuação referente à percepção das barreiras deve ser baixa (ROSENSTOCK, 1974a).

No entanto, verificou-se que a percepção de suscetibilidade entre as mulheres entrevistadas foi baixa para a grande maioria, a de gravidade, média para a grande maioria, e as percepções de benefícios e barreiras, médias para mais de 50% da população, porém, com percentual expressivo das pontuações desejáveis. Tal fato foi observado de maneira semelhante por Rafael (2009) com mulheres no Rio de Janeiro, devido à baixa sensação de suscetibilidade associada a uma percepção mais elevada quanto aos benefícios do exame de prevenção.

De acordo com tais resultados e baseados nos preceitos do MCS pode-se afirmar que entre as mulheres entrevistadas não foi identificada a tendência desejável a comportamentos preventivos, principalmente quando associamos estes resultados à baixa utilização de preservativos nas relações sexuais.

Outro fato, que pode guardar relação com os dados encontrados nesta pesquisa, é que apenas 15% destas mulheres tiveram casos de câncer de mama ou colo de útero na família, o que pode estar contribuindo para o nível indesejado de percepção quanto à suscetibilidade.

Também foi verificada, a utilização de preservativos nas relações sexuais se associando mais fortemente, ao grupo que apresentou maior percepção de suscetibilidade, de

gravidade, de benefícios com a realização do exame, menor percepção de barreiras e maiores índices de escolaridade e renda familiar como já foi dito. Evidenciando-se com isso, a importância do desenvolvimento humano e populacional não só para prevenção do câncer de colo uterino, mas também de doenças sexualmente transmissíveis.

Quando foi avaliada a correspondência múltipla entre os parâmetros do MCS (Figura 3), verificou-se que mulheres com baixa percepção de suscetibilidade, associaram-se a pontuações mais próximas do desejável com relação à gravidade, benefícios e barreiras. Isto pode levar a crer que a baixa percepção de susceptibilidade está associada ao fato de que algumas mulheres, realizam ou já realizaram ao menos uma vez na vida o exame de prevenção do CCU, o que é confirmado na Figura 4.

Na Figura 4, foi demonstrada a correspondência múltipla entre os parâmetros do MCS e as variáveis: renda; anos de estudo; uso de preservativo; e realização anterior de citologia oncológica. Tais resultados se complementam ao ponto que demonstram que mulheres com maior percepção de suscetibilidade, gravidade da doença e alta percepção de benefícios com a realização do exame, apresentam maior escolaridade, maior renda e maior utilização de preservativos nas relações sexuais.

Apesar disso, chama muita atenção a maior proximidade das mulheres que realizaram citologia oncológica anteriormente com o primeiro grupo deste gráfico. Isto pode ser devido ao fato de que a grande maioria das mulheres estudadas encontra-se nos demais grupos de variáveis, baixa renda e baixa escolaridade, o que puxa o quesito realização anterior do exame para o grande grupo do qual fazem parte. Outro aspecto que pode estar associado a este fato é que a maioria das mulheres atribuírem a realização do exame ao diagnóstico e tratamento de infecção vaginal – “corrimentos” (65.03%).

Estudo realizado no Estado de Pernambuco por Albuquerque, *et al.* (2009), a respeito da cobertura do exame de Papanicolaou, mostrou que a realização do exame foi mais frequente entre mulheres com maior renda e maior escolaridade, portanto, evidenciando similaridade com este estudo quanto à valorização do exame. A maior associação entre realização do exame e maior renda e escolaridade, também foi verificado por outros autores (JORGE, *et al.* 2011; AMORIM, *et al.* 2006; MARTINS, *et al.* 2005).

A análise de correspondência múltipla ou multivariada mostrou-se de grande valor no alcance dos objetivos deste estudo, isto porque permite a análise de associação entre diversas variáveis categóricas, trata-se de método frequentemente utilizado em outros estudos (HAIR, 2009; ALVES, L.B, *et al.* 2007).

Quanto às respostas que evidenciam as possíveis barreiras à realização do exame de citologia oncológica do colo uterino, chama a atenção os referentes à longa espera pela realização do exame (29.44%) e ao sentimento de vergonha quanto à realização do mesmo (41.66%) que neste estudo se mostraram como os mais frequentes entre as barreiras ou obstáculos contemplados.

Também podem ser destacados os resultados quanto à necessidade de preenchimento de muitos papéis (19.44%) e ao sentimento de dor associado ao exame (20%).

Estudo realizado no Piauí em 2007, através de método qualitativo, já havia verificado a partir das falas das mulheres a importância dos sentimentos de medo, vergonha e dor como fatores impeditivos à realização do exame (BRITO, *et al.* 2007). Da mesma forma, Duavy, *et al.* (2006), em pesquisa no Estado do Ceará, também constatou que a vergonha é o sentimento percebido com maior intensidade entre as mulheres do seu estudo, além disso, verificou que o nervosismo e o medo esteve presente entre as mulheres antes, durante e após a realização do exame.

Rafael (2009), através de método quantitativo, também encontrou percentuais elevados quanto às respostas de mulheres que apresentaram como barreiras ao exame, o medo do mesmo e a vergonha do examinador. A vergonha também foi relatada por Martins, *et al.* (2005) entre as barreiras para não realização do exame.

Com isso, verifica-se que aspectos individuais, tais como, conhecimento das mulheres a respeito da doença e sua prevenção, experiências anteriores com a realização do exame e o conhecimento do próprio corpo, são cruciais em todo o processo decisório envolvendo a realização do exame preventivo.

Contudo, fatores envolvendo os serviços de saúde, bem como, continuidade da assistência, vínculo entre profissional e as mulheres, desburocratização e agilidade do processo também podem reduzir as barreiras apontadas pelas mulheres.

6. CONCLUSÕES

O processo envolvendo a prevenção do câncer de colo uterino precisa contar com a garantia de oferta dos serviços e profissionais qualificados de forma sistematizada. No entanto, a adoção do comportamento preventivo em relação ao câncer de colo uterino pela mulher, não depende somente de fatores externos, mas também de fatores subjetivos próprios às mulheres.

Neste estudo, encontrou-se predomínio da cor parda, religião católica, renda de até três salários mínimos e escolaridade entre nove e doze anos. A maioria das mulheres referiu ser solteira e que já ficou grávida. De acordo com o tipo de parto, a distribuição entre parto normal e cesariana foi bastante próxima. Quanto à realização anterior do exame de prevenção do câncer de colo uterino, 11.11% referiu nunca tê-lo realizado.

Verificou-se que maior renda, maior escolaridade e utilização de preservativo nas relações sexuais associaram-se a média percepção de suscetibilidade perante a doença e alta percepção de benefícios com a realização do exame. Entretanto, a realização anterior do exame apresentou maior associação ao grupo de mulheres com menor renda e menor escolaridade.

Entre os obstáculos apresentados pelas mulheres para realização do exame de prevenção, destacaram-se a necessidade de longa espera e o sentimento de vergonha.

Aspectos da história individual, bem como, socioeconômicos, educacionais, familiares, religiosos e culturais, podem influenciar de maneira positiva ou negativa a motivação para comportamentos preventivos.

Portanto, é importante que as ações para prevenção do câncer de colo uterino não sejam apenas pontuais ou se realizem no formato de campanhas. Os trabalhos devem envolver o conhecimento da população acompanhada e as informações a respeito da doença e sua prevenção, devem ser difundidas de maneira abrangente, mas também, direcionada e individualizada àquelas que necessitarem.

Acredita-se que a Estratégia de Saúde da Família é capaz de melhorar o quadro do câncer de colo uterino no Brasil, mas não se pode esquecer o papel que toda a sociedade deve desempenhar no mesmo objetivo. Conhecer aspectos individuais envolvidos com a não prevenção particular do câncer pode ser o passo necessário para uma assistência humanizada,

individualizada e resolutive, visto que tais aspectos podem apresentar caráter extremamente subjetivo e que exijam ações diferenciadas.

Com isso, reconhece-se a limitação deste estudo e recomenda-se a realização de novas pesquisas que utilizem metodologias diferenciadas, destacando-se o método qualitativo, com vistas à compreensão de aspectos particulares envolvidos com a prevenção ou não do câncer de colo uterino.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, K.M.; FRIAS, P.G.; ANDRADE, C.L.T.; AQUINO, E.M.L.; MENEZES, G.; SZWARCOWALD, C.L. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não realização: um olhar sobre o programa de prevenção do câncer do colo do útero em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 301-309, Rio de Janeiro: 2009.

ALMEIDA, A.D.; SILVA, C.F.; CUNHA, G.S. – Os adolescentes e o HIV/SIDA: estudo sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos de saúde relativos ao HIV/SIDA. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 105-112, 2005.

ALVAREZ, M.J. **Representações Cognitivas e Comportamentos Sexuais de Risco** – o guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de proteção sexual. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2005.

ALVES, L.B.; BELDERRAIN, M.C.N.; SCARPEL, R.A. Tratamento multivariado de dados por análise de correspondência e análise de agrupamentos. **Anais do 13º encontro de iniciação científica e pós-graduação do ITA – XIII ENCITA**. São José dos Campos – SP: 2007.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Global Cancer: Facts e Figures**. 2. ed. Atlanta: American Cancer Society, 2011.

AMORIM, V.M.S.L.; BARROS, M.B.A.; CÉSAR, C.L.G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Fatores associados a não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2329-2338, Rio de Janeiro: 2006.

AMORIN, M.M.; ANDRADE, N.A. Relações afetivo-sexuais prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis e AIDS entre mulheres do município de Vitória - ES. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 2, p. 331-339, 2006.

BECKER, M.H.; JANZ, N.K. The Health Belief Model Applied to Understanding Diabetes Regimen Compliance. **The Diabetes Educator**, n. 7, p. 41-47, 1985.

BERGER, B.; PARGMAN, D.; WEINBERG, R. **Foundations of Exercise Psychology**. Morgantown: Fitness Information Technology, 2002.

BERQUÓ, E.S.; CUNHA, E.M. (Orgs.). **Morbimortalidade feminina no Brasil (1979-1995)**. Campinas: Unicamp, 2000. 412 p.

BICALHO, S.M.; ALEIXO, J.L.M. O Programa Viva Mulher: Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo Uterino e de Mama. **Revista Mineira de Saúde Pública**, n. 1, p. 1-7, 2002.

BOYLE, P. Screening. **European Respiratory Journal**, v. 21, p. 3S-15S, 2003. Suplemento 39.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica nº 13**. Controle dos cânceres de colo do útero e mama. Brasília, 2013

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução n.466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília: CNS, 2012.

_____. Instituto Nacional de Câncer. **Câncer de colo de útero**. Disponível em: <www.inca.gov.br>. Acesso em: 25.01.13. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas**: recomendações para profissionais de saúde. Brasília: Rio de Janeiro: INCA. 2006a.

_____. **Política Nacional de Promoção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006b.

_____. **Cadernos de Atenção Básica**: Controle dos Cânceres do Colo de Útero e de Mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. **Controle dos cânceres do colo de útero e de mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

_____. **Saúde Brasil 2004** – uma análise da situação de saúde. Brasília, DF, 2004.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Viva Mulher**. Câncer do colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2002a.

_____. Instituto Nacional de Câncer. Normas e Recomendações do INCA: periodicidade de Realização do Exame Preventivo do Câncer do Colo do Útero, **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 1, p. 13-15, 2002b.

_____. **Manual técnico**: organizando a assistência. Rio de Janeiro: INCA. 2002c

_____. **Conhecendo o Viva Mulher**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

_____. **Programa de assistência integral à Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRITO, C.M.S.; NERY, I.S.; TORRES, L.C. Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da citologia oncológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 4, p. 387-380, 2007.

CARRENO, I; COSTA, J.S.D. Uso de preservativo nas relações sexuais: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 720-726, Rio de Janeiro: 2006.

CORRÊA, D. A. D. **Perfil das usuárias do sistema único de saúde que realizam o Papanicolaou em Manaus, Amazonas**. Dissertação de mestrado. Universidade de Franca. Franca, São Paulo: 2009.

CORRÊA, D.A.D.; VILLELA, W.V. O controle do Câncer do Colo do Útero: desafios para implementação de ações programáticas no Amazonas, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 8, n. 4, p. 34-49, 2008.

COSTA, E.; CARBONE, M. **Saúde da Família**: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004

DATASUS. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipero.def>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

DUAVY, L.M.; BATISTA, F.L.R.; JORGE, M.S.B.; SANTOS, J.B.F. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 733-742, 2006.

FIGUEIRAS, M.J.; MARCELINO, D.; FERREIRA, M.M. Preditores da intenção de adoptar comportamentos preventivos face ao HIV/SIDA em adolescentes portugueses. **Revista**

Portuguesa de Saúde Pública, v. 27, n. 2, p. 27-36, 2009.

FRANCO E. L.; FRANCO-DUARTE, E.; FERENCZY A. Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. **CMAJ: Canadian Medical Association Journal**, v. 164, p. 1017-1025, 2001.

FUGITA, R. M. I.; GUALDA, D. M. R. A causalidade do câncer de mama à luz do Modelo de Crenças em Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 4, p.501-506, 2006.

GLANZ, K. Teoria num relance. Um guia para a prática da promoção da saúde. In: SARDINHA, M.G.; MATOS I.L. (Eds.). **Promoção da Saúde: Modelos e Práticas de Intervenção nos Âmbitos da Actividade Física, Nutrição e Tabagismo**. Lisboa: Serviço de edições da FMH, 1999. p. 24.

GUERRA M.R.; GALLO, C.V.M.; MENDONÇA, G.A.S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 3, p. 227-34, 2005.

HAIR, F. J; BLACK W. C.; BABIN, B.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L.;. **Análise Multivariada de Dados**. 6. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

IBGE. Instituto brasileiro de geografia e estatística. Cidades. Rondônia. Porto Velho. **Síntese das Informações**. 2013. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/621>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais**. 3 ed. Rio de Janeiro: 2012a.

INCA. **Inquérito INCA**. Módulo: exams para detecção do câncer de colo do útero e mama e uso de hormônios. 2012b.

JANZ, N.K.; CHAMPION, V.L; STRECHER, V.J. The health belief model. In: GLANZ, K.; RIMER, B.K.; LEWIS, F.M. (Eds.). **Health behavior and health education: theory, research, and practice**. San Francisco: Jossey-Bass, 2002. p. 45-66.

JONES, B.L. **Theoretical concepts. Health Belief Model**. Chapter 4, 2010. Disponível em: <<http://www.jblearning.com>>. Acesso em: 24 mar. 2012.

JORGE, R.J.B.; SAMPAIO, L.R.L.; DIÓGENES, M.A.R.; MENDONÇA, F.A.C.; SAMPAIO, L.L. Fatores associados a não realização periódica do exame de Papanicolaou. **Revista Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, n. 3, p. 606-612, 2011.

LEAL, E.A.S.; LEAL JÚNIOR, O.S.; GUIMARÃES, M.H.; VITORIANO, M.N.; NASCIMENTO, T.L.; COSTA, O.L.N. Lesões precursoras do câncer de colo em mulheres adolescentes e adultas jovens do município de Rio Branco – Acre. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 25, n. 2, p. 81-86, 2003.

LEOPARDI, M.T.; **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Rev. e atual. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

MARTINS, L.F.L.; THULER, L.C.S.; VALENTE, J.G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 8, p. 485-492, 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NOVAES, H.M.D.; BRAGA, P.E.; SCHOUT, D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 1023–1035, out./dez. 2006.

O'HARA, J.; BRISTOW, R.; TRIMBLE, C.L. **Manual de ginecologia e obstetrícia do John Hopkins**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

OLIVEIRA, M.D.; PINTO, I. Percepção das usuárias sobre as ações de Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Estratégia Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 7, n. 1, p. 31-38, jan./mar. 2007.

OLIVEIRA, M.S.; FERNANDES, A.F.C.; GALVÃO, M.T.G. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 150-155, abr./jun. 2005a.

OLIVEIRA, O. A. **Geografia de Rondônia: Espaço e Produção**. 3. ed. Porto Velho: Editora Dinâmica, 2005b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales**. Suíza: OMS. 2007.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PINHO, A.D.A.; FRANÇA-JUNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 3, n. 1, p. 95-112, 2003.

PINOTTI, J. A.; ZEFERINO, L. C. **Programa de controle de câncer cérvico uterino**. Campinas-SP: Editora da Unicamp, 1987.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTO VELHO. Prefeitura Municipal de Porto Velho. **Aspectos econômicos do município de Porto Velho**. Disponível em: http://www.portovelho.ro.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28&Itemid=24>. Acesso em: 20 nov. 2013.

PORTO VELHO. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção básica. Divisão de saúde comunitária. **Demonstrativo das Unidades de Saúde da Família, Unidades de Saúde Tradicionais e áreas descobertas no Município de Porto Velho**. 2012.

PORTO VELHO. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Divisão de Saúde Comunitária. **Protocolo de Assistência à Saúde da Mulher**. 2009.

RAFAEL, R.M.R.; MOURA, A.T.M.S. Barreiras na realização da colpocitologia oncótica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da saúde da família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 1045-1050, Rio de Janeiro: 2010.

RAFAEL, R. de M. R.. **Barreiras na prevenção do câncer de colo uterino: Uma análise mediada pelo modelo de crenças em saúde e sob a perspectiva da estratégia de saúde da família**. . Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2009.

ROBERTO NETO, A.; FOCCHI, J.C.L.R.J.; BARACAT, E.C.; Avaliação dos métodos empregados no Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino do Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, n. 4, p. 209–216, 2001.

ROSENSTOCK, I.M. Historical origins of the health belief model. **Health Education Monographs**, v. 2, n. 4, p. 328-335, 1974a.

_____. I.M. The health belief model and preventive health behavior. **Health Education Monographs**, v. 2, n. 4, p. 354-387, 1974b.

SANTOS, E. **Modelo de Crenças em Saúde em familiares de pacientes com câncer colorretal**. 2008. 232 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Fundação Antônio Prudente, São Paulo, 2008.

SILVEIRA, M. Família, Cultura e Prevenção. In: JEOLÁS, L. e OLIVEIRA, M. (Ed.). **Anais do seminário sobre cultura, saúde e doença**. Londrina, 2003.

SOARES, M.; MOURA, M.J.; CARVALHO, M.; BAPTISTA, A. Ajustamento emocional, afetividade e estratégias de coping na doença do foro oncológico. **Psicologia Saúde e Doenças**, v. 1, n. 1, p. 19-25, nov. 2000.

SOUZA, A.C.S. **Risco biológico e biossegurança no cotidiano de enfermeiros e auxiliares de enfermagem**. 2001. 183 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO: 2002.

TUCUNDUVA, L.T.C.M.; SÁ, V.H.L.C.; KOSHIMURA, E.T.; PRUDENTE, F.V.B.; SANTOS, A.F.; SAMANO, E.S.T.; COSTA, L.J.M.; GIGLIO, A.D. Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 3, p. 257-262, jul./set. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Comprehensive Cervical Cancer Control**. A guide to essential practice. Geneva: Press, 2006.

_____. Agency for Research on Cancer. **Cervical Cancer Screening**. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Lyon: IARC Press, 2005.

_____. **National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines**. 2. ed. Geneva: WHO Press, 2002.

APÊNDICE A

FORMULÁRIO

1. MÓDULO IDENTIFICAÇÃO GERAL

Nome: _____

Endereço: _____

Qual a sua idade? ____|____| anos

Qual a cor da sua pele? ____| (1) branca (2) parda (3) negra (4) outra

Religião: ____|

(1) Católica (2) Evangélica (3) Adventista (4) Umbanda (5) Espírita (6) outras:
_____| (0) Sem religião

Quanto é aproximadamente a renda familiar ? ____|

(1) 1 a 2 salários (2) 2 a 3 salários (3) 4 a 5 salários (4) 6 a 7 salários (5) 8 a 9 salários (6)
Mais de 10 salários (7) sem salário

A Sra. freqüentou a escola? ____| (1) sim (0) não

Qual o último ano e série completa que a Sra. fez? Série ____| GRAU ____|

Qual a sua ocupação?.....

Estado civil: ____| (1) Casada (2) Solteira (3) Estável (4) Viúva (5) Separada

Fumante: ____| (1) Sim (0) Não

Realiza atividade física (pelo menos 30 minutos)? ____| (1) Sim (0) Não

2. MÓDULO PARA DETECÇÃO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E USO DE HORMÔNIOS DO INCA

Nos últimos 12 meses, quantas vezes a senhora foi a um serviço de saúde para tratar sua própria saúde? ____|

[Se não sabe ou não se lembra a quantidade exata, dar as seguintes opções e marcar só uma]

(1) Única vez (2) Entre 2-3 vezes (3) Entre 4-5 vezes (4) Mais de 5 vezes (0) Nenhuma vez

Nos últimos 12 meses, a senhora realizou consulta por problema ginecológico? ____|

(algum problema, como: corrimento /infecção vaginal, sangramento entre as menstruações, dor nos relacionamentos sexuais ou cólicas) (1) Sim (0) Não

1. A sra., alguma vez, fez exame preventivo?

1 () Sim 2 () Não (**passa 8**)

2. Quantos exames preventivos a sra. fez nos últimos 12 meses?

____| Exames 00 ____| Nenhum

3. Em que mês e ano a sra. fez o seu último exame preventivo?

____| Mês ____|____| Ano ou ____| Idade

4. Na última vez que a sra. fez o exame preventivo, a sra. fez:

Entrevistador: Leia as alternativas.

- (1) Como exame de rotina, não apresentando nenhum problema visível no momento do exame (**passo 6**)
- (2) Para checar/examinar problemas existentes ou anteriores ao momento do exame
- (3) Outros _____(especifique) (**passo 6**)
- (4) NS/NR (**passo para 6**)

5. Que problema?

Entrevistador: Leia as alternativas.

- (1) Problema que pode levar a câncer de colo do útero / infecção por HPV
- (2) Corrimento
- (3) Outros _____(especifique)

6. Na última vez que a sra. fez o exame preventivo, a sra. usou o sistema único de saúde, quer dizer, procurou atendimento público gratuito?

- (1)Sim (0)Não

7. Desde a primeira vez que a Sra. fez o preventivo, com que frequência a Sra. fez outros exames preventivos?

- (1) 6 em 6 meses
- (2) Anualmente
- (3) 1 vez a cada 2 anos
- (4) 1 vez a cada 3 anos
- (5) 1 vez a cada 4 – 5 anos
- (6) 1 vez a cada 6 – 10 anos
- (7) Menos frequente do que a cada 10 anos
- (8) Só fez uma vez na vida
- (9) Variável
- (10)NS/NR

8. A Sra. já ficou grávida?

- (1)Sim (0)Não (**passo 15**)

9. Quantas vezes a Sra. ficou grávida?

|_|_| Vezes

10. Com que idade a sra. teve a sua primeira gravidez ?

Entrevistador: Caso a entrevistada não lembre a idade em que teve a sua primeira gravidez, obtenha o ano da gravidez.

|_|_| Idade ou |_|_|_|_| Ano da primeira gravidez

|_| NS/NR

11. A Sra. tem ou teve filhos nascidos vivos?

- (1) Sim (0) Não (**passo 15**)

12. Quantos filhos nascidos vivos a Sra. tem ou teve?

|_|_| Filhos

13. A Sra. amamentou algum de seus filhos, mesmo que por período curto?

- (1) Sim (0) Não (**passo 15**)

14. Em média, quanto tempo a Sra. amamentou cada filho?

- (0) Não amamentei
- (1) Menos de 6 meses
- (2) Entre 6 meses e 1 ano
- (3) Entre 1 e 2 anos
- (4) Mais de dois anos

15. A Sra. já utilizou pílulas anticoncepcionais, quer dizer pílulas para evitar a gravidez, seja para evitar a gravidez, seja por algum outro motivo?

- (1) Sim (0) Não (**passa 18**)

16. Atualmente, a sra. utiliza pílulas anticoncepcionais?

- (1) Sim (0) Não

17. Durante quanto tempo a sra. toma (ou tomou) pílulas anticoncepcionais?

|_|_| Anos |_|_| Meses

18. **Método Contraceptivo:** |_|_| (1) Não utiliza (2) Anticoncepcional comprimido (3) Anticoncepcional injetável (4) Camisinha (5) Diafragma (6) DIU (7) Métodos naturais

19. Com que idade a sra. ficou menstruada pela primeira vez?

|_|_| Anos

20. A Sra. já fez alguma cirurgia para retirada de útero e ovários?

- (1) Sim (0) Não (**Se for mulher de 35 anos ou mais passe 22**)

(**Se for mulher de 25 a 34 anos passe para o próximo módulo**)

21. A Sra. retirou:

- (1) Só o útero
- (2) Útero e 1 ovário
- (3) Útero e 2 ovários
- (4) Só 1 ovário
- (5) 2 ovários

22. A Sra. sabe o que é menopausa?

- (1) Sim (0) Não

(**se Sim, passe 23**) (**se Não, ler o texto abaixo**)

A menopausa ocorre quando os períodos de sangramento da mulher terminam e, geralmente, acontece nas mulheres que têm em torno de 48 a 52 anos, mas também pode ocorrer mais cedo. Antes de ocorrer a menopausa, a mulher começa a apresentar alguns sintomas como calores no corpo (também chamado de fogacho), alterações no sangramento menstrual, irritabilidade, dores nos ossos e outros.

23. A Sra. já entrou na menopausa ou algum médico lhe disse que a sra. estava apresentando sintomas da menopausa?

- (1) Sim
(0) Não
() NS/NR

24. Com que idade a sra. entrou na menopausa?

Anos

NS/NR

25. Algumas vezes, os médicos receitam medicamentos que são hormônios para o tratamento dos sintomas da menopausa. esses medicamentos, chamados de hormônios de reposição, podem ser usados em forma de gel para passar no corpo, em forma de adesivo ou em forma de comprimidos ou cremes vaginais. a sra. usa ou já usou algum medicamento deste tipo?

(1) Sim

(0) Não

() NS/NR

26. Por quanto tempo?

Anos Meses

3. MÓDULO – HISTÓRICO REPRODUTIVO, COMPORTAMENTO SEXUAL E REALIZAÇÃO ANTERIOR DE EXAME DE PAPANICOLAOU

27. Tipo de parto: (1) Normal (2) Cesárea (3) Fórceps

28. Já teve aborto: (1) Sim (0) Não

Caso sim: (1) Provocado (2) Espontâneo **Quantos** _____

29. Quantos parceiros sexuais a senhora já teve na vida (inclui esposo, namorado, amante, qualquer pessoa que tenha tido relacionamento sexual)?

(1) apenas um (2) entre 2 a 5 (3) entre 6 a 10 (4) entre 10 a 20 (5) mais de 20

30. Atualmente a senhora tem algum problema de saúde?

(1) Sim (0) Não

Qual? [Pode marcar mais de uma]

(1) Diabetes (2) Pressão Alta (3) Problemas do coração (4) Outros: _____ (especificar)

31. Se a Sra. tem criança ou qualquer pessoa para cuidar, teve alguma dificuldade para encontrar alguém para cuidar deles, quando foi fazer o seu último exame preventivo?

(1) sim (0) não

32. A Sra. precisou esperar muito tempo na unidade antes de fazer o exame?

(1) sim (0) não

33. Nesse dia, alguém da equipe foi grosseiro com a Sra. ou todos foram atenciosos?

(1) Grosseiro (2) Atencioso

34. Quando fez o último exame, a Sra. teve alguma dificuldade para se fazer entender com alguém da equipe? (dialogar com a equipe)

(1) sim (0) não

35. A Sra. teve que dar informações para preencher muitos papéis? (1) sim (0) não

36. O exame preventivo foi doloroso? (1) sim (0) não

37. A Sra. se sentiu envergonhada durante a realização do preventivo? ☐ (1) sim (0) não

38. A Sra. ficou satisfeita com o modo com que foi entregue o resultado do preventivo? ☐ (1) sim (0) não

39. Em geral, como a Sra. se sentiu com a experiência de fazer seu último preventivo? ☐
(1) muito satisfeita (2) um pouco satisfeita (3) de algum modo insatisfeita

40. A Sra. tem seguro de saúde? ☐ (1) sim (0) não
Se sim, especificar:

.....

41. Você já participou de alguma oficina/grupo com mulheres na USF? ☐
(1) Sim (0) Não

42. Acrescentou-te em alguma coisa? ☐
(1) Sim (0) Não

43. Recebeu alguma orientação sobre importância de preventivo? ☐ (1) Sim (0) Não

44. Caso sim, de quem? ☐ (1) Médico (2) Enfermeiro (3) Técnico de enfermagem (4) ACS (5) Dentista (6) Mãe (7) Amiga (8) Outros _____

45. Segundo a sua opinião: O exame de Papanicolaou serve para: detectar ou prevenir:
[Ler as opções, pode marcar mais de uma] [☐]
(1) Doenças, porém não sabe qual tipo (2) Gravidez (3) Câncer na Mulher (4) Infecção urinária (5) Câncer de colo uterino (6) Infecção vaginal (corrimento) (7) Câncer de mama (8) Outro: especificar _____ (99) Não sabe/Não se aplica

46. Tem algum caso de câncer de útero ou mama na família? ☐ (1) Sim (0) Não
Grau de parentesco: (1) Mãe (2) Tia (3) Avó (4) Prima (5) Irmã

APÊNDICE B
ESCALA DO MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE DE CHAMPION
 Adaptado de Rafael (2009).

Entrevistador: leia as perguntas, informando as opções de resposta em todos os quadros que se seguem.

Susceptibilidade					
	Discordo Totalmente	Discordo	Não discordo, nem concordo	Concordo	Concordo Totalmente
1.Tenho certeza que vou ter câncer de colo do útero algum dia.	1	2	3	4	5
2.Acho que vou ter câncer do colo do útero algum dia.	1	2	3	4	5
3.Tenho grande chance de ter câncer do colo do útero nos próximos 10 anos.	1	2	3	4	5
4.Minha chance de ter câncer do colo do útero é grande.	1	2	3	4	5
5.Tenho mais chances de ter câncer do colo do útero que outras pessoas.	1	2	3	4	5

Gravidade					
	Discordo Totalmente	Discordo	Não discordo, nem concordo	Concordo	Concordo Totalmente

1.A idéia de câncer do colo do útero me apavora.	1	2	3	4	5
2.Quando eu penso em ter câncer do colo do útero, meu coração dispara.	1	2	3	4	5
3.Tenho medo até de pensar em câncer do colo do útero.	1	2	3	4	5
4.Os problemas que eu teria com câncer do colo do útero iriam durar muito tempo.	1	2	3	4	5
5.O câncer do colo do útero pode ameaçar minha relação com meu parceiro.	1	2	3	4	5
6.Se eu tivesse câncer do colo do útero, minha vida toda iria mudar	1	2	3	4	5
7.Se eu tiver câncer do colo do útero, não vou viver mais que cinco anos	1	2	3	4	5

Benefícios					
	Discordo Totalmente	Discordo	Não discordo, nem concordo	Concordo	Concordo Totalment e
1.Quando eu faço o	1	2	3	4	5

exame preventivo que o médico mandou, eu fico aliviada.					
2.Quando eu faço o exame preventivo, não me preocupo muito com o câncer do colo do útero	1	2	3	4	5
3.Fazer o exame preventivo ajuda a descobrir logo o câncer do colo do útero.	1	2	3	4	5
4.Fazer o exame preventivo diminui a chance de eu morrer por câncer do colo do útero.	1	2	3	4	5
5.Fazer o exame preventivo diminui a chance de eu ter uma cirurgia grande se eu tiver câncer do colo do útero.	1	2	3	4	5
Barreiras					
	Discordo Totalmente	Discordo	Não discordo, nem concordo	Concordo	Concordo Totalment e
1.Fico com vergonha de fazer o exame preventivo.	1	2	3	4	5
2. Tenho medo de	1	2	3	4	5

descobrir alguma coisa se eu fizer o exame preventivo.					
3.Tenho medo de fazer o exame preventivo porque eu não sei o que vão fazer comigo.	1	2	3	4	5
4.Não sei o que fazer para marcar o exame preventivo.	1	2	3	4	5
5.O preparo para fazer o exame preventivo vai demorar muito.	1	2	3	4	5
6.Acho que o exame preventivo vai doer muito.	1	2	3	4	5
7.O pessoal que faz o exame pode ser grosseiro.	1	2	3	4	5
8.É difícil arrumar condução para ir fazer o exame preventivo.	1	2	3	4	5
9.Tenho coisas mais importantes para fazer que o exame preventivo.	1	2	3	4	5
10.O exame preventivo vai atrapalhar minha vida.	1	2	3	4	5

11.O	exame	1	2	3	4	5
preventivo é muito						
caro.						
12.Sempre	me	1	2	3	4	5
esqueço de marcar o						
exame preventivo.						

APÊNCIDE C PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO DAS MULHERES A RESPEITO DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO

Pesquisador: DAIANA EVANGELISTA RODRIGUES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09269312.0.0000.5300

Instituição Proponente: Universidade Federal de Rondônia - UNIR

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 171.698

Data da Relatoria: 11/12/2012

Apresentação do Projeto:

Trata o protocolo, de pesquisa a ser desenvolvida no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ensino de Ciências da Saúde, vinculado ao Núcleo de Saúde. O estudo será desenvolvido na Unidade Saúde da Família do bairro Embratel, Porto Velho-RO, com mulheres entre 20 e 59 anos, com o objetivo de identificar o conhecimento destas mulheres sobre a prevenção do câncer de colo de útero.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta como Objetivo Primário "Estudar a não adesão das mulheres às práticas preventivas do câncer do colo uterino, na área de cobertura da ESF da unidade Pedacinho de Chão do município de Porto Velho-RO" e como Objetivos Secundários "Identificar o perfil sociodemográfico e reprodutivo entre as mulheres estudadas; Verificar a associação entre as características sociodemográficas, fatores de risco do câncer do colo uterino, com as variáveis do Modelo de Crenças em Saúde; e Analisar os obstáculos que impedem a realização do exame de prevenção do câncer de colo do útero entre as mulheres estudadas no âmbito da ESF".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se observam riscos no desenvolvimento do estudo, contudo poderá haver desconforto ao responder o instrumento de coleta de dados. Os benefícios são manifestados na compreensão do processo que envolve a prevenção do câncer de colo uterino em Porto Velho; na possibilidade de

Endereço: Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.
Bairro: Centro **CEP:** 78.000-000
UF: RO **Município:** PORTO VELHO
Telefone: (69)182-2111 **E-mail:** reitoria@unir.br; cep.unir@yahoo.com.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR



implementação de estratégias de enfrentamento mais adequadas; e na ampliação da cobertura do exame de prevenção do câncer de colo uterino no Município de Porto Velho e no Estado de Rondônia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa descritiva e transversal. O local a ser realizado o estudo será a área adscrita as Equipes de Saúde da Família atuantes no bairro Embratel, município de Porto Velho-RO. Participarão do estudo 531 mulheres entre 20 e 59 anos. O estudo será realizado mediante a aplicação de formulários formados por perguntas fechadas. Para compor o instrumento serão utilizadas questões para caracterizar o perfil sociodemográfico e reprodutivo da mulher na primeira parte. A segunda parte será composta por questões referentes aos riscos relacionados ao câncer de colo uterino e a terceira parte do formulário será composto por perguntas referentes ao Modelo de Crenças em Saúde. Para a construção do banco de dados, digitação, tabulação e processamento das informações será utilizado o softwares Excel, versão 7.0. Para a análise estatística será utilizado o Programa Epi-info 3.5.1.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta como anexos Folha de Rosto devidamente registrada e assinada pela pesquisadora e representante institucional; documento de autorização do gestor municipal para o desenvolvimento do estudo na unidade escolhida e instrumento de coleta de dados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise detalhada do protocolo de pesquisa e considerando as normas estabelecidas na Resolução 196/96 CNS/MS, a relatora se manifesta a favor de sua aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer do relator foi aprovado em reunião do colegiado realizada em 11/12/2012.

Endereço: Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.
Bairro: Centro **CEP:** 78.000-000
UF: RO **Município:** PORTO VELHO
Telefone: (69)182-2111 **E-mail:** reitoria@unir.br; cep.unir@yahoo.com.br

APÊNDICE D
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Conhecimento das mulheres a respeito da prevenção do câncer de colo uterino.

Pesquisador: Daiana Evangelista Rodrigues; **Contatos:** Telefone (69) 9247-0127; **E-mail:** daiana.enf.24@gmail.com

Você está sendo convidada a participar da pesquisa que recebeu o nome **“Conhecimento das mulheres a respeito da prevenção do câncer de colo uterino”**. O objetivo desta pesquisa é: estudar os obstáculos às práticas preventivas do câncer do colo uterino em mulheres residentes na área de cobertura da ESF no bairro Embratel do município de Porto Velho-RO na faixa etária de 20 a 59 anos de idade. A realização deste estudo pode ajudar a melhorar o serviço de saúde do município de Porto Velho para prevenção de câncer de colo uterino. Para participar da pesquisa você precisa responder algumas perguntas sobre o que pensa sobre câncer de colo uterino e sua prevenção, na perspectiva de reduzir sua morbimortalidade. O tempo para a entrevista será mais ou menos 15 ou 20 minutos. Você não correrá riscos pessoal ou profissional participando desta pesquisa e da mesma forma, não obterá benefícios financeiros. A coleta de dados visa contribuir com os objetivos da pesquisa. Você receberá resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com o objeto da pesquisa. Qualquer problema que ocorra no período de coleta e que precise de maior cuidado, você receberá assistência ou será encaminhada para receber o tratamento adequado. As suas respostas serão mantidas anônimas e confidenciais, ou seja, ninguém saberá o que você respondeu, a não ser a própria pesquisadora, principalmente quando houver a divulgação das informações. Você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento e suas respostas serão retiradas do estudo. Caso você concorde em participar, por favor, assine este documento.

Assinatura da participante CIC ou RG

Assinatura do colaborador que aplicou o questionário

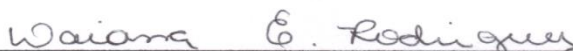
Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE E
TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE DE
PORTO VELHO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE DE
PORTO VELHO

Senhor Gestor,

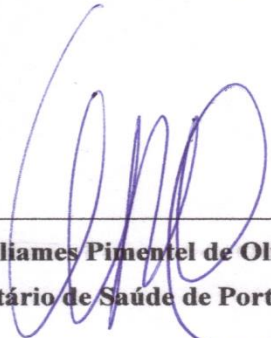
Eu, Daiana Evangelista Rodrigues, enfermeira, atuante na USF Meu Pedacinho de Chão, participante do programa de mestrado profissional intitulado **Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde**, venho por meio deste solicitar autorização para realização da pesquisa: "**Conhecimento das mulheres a respeito da prevenção do câncer de colo uterino**" com o objetivo de Estudar a não adesão das mulheres às práticas preventivas do câncer do colo uterino, na área de cobertura da ESF da Unidade Meu Pedacinho de Chão do município de Porto Velho-RO. A realização da pesquisa poderá contribuir para o trabalho realizado pelo município de Porto Velho. A realização do estudo não acarretará ônus ao município.



Daiana E. Rodrigues

Pesquisadora

Contato: Telefone (69) 9247-0127; E-mail: daiana.enf.24@gmail.com



Williames Pimentel de Oliveira
Secretário de Saúde de Porto Velho

Porto Velho, 30 de Setembro, 2012.